

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE ^{N°} 591

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 Juillet 1897 à 1 heure.

Par MAURICE-FÉREOL PRÉDAL

Né à Perpignan, le 18 septembre 1867

Ancien externe des hôpitaux

LA PROSTATECTOMIE

CONTRE LES ACCIDENTS

DU PROSTATISME

ET EN PARTICULIER CONTRE LA RÉTENTION

Président : M. GUYON, professeur.

*Juges } MM. BROUARDEL, professeur.
ALBARRAN et THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1897

1000

591

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1897

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 Juillet 1897 à 1 heure.

Par MAURICE-FÉREOL PRÉDAL

Né à Perpignan, le 18 septembre 1867

Ancien externe des hôpitaux

LA PROSTATECTOMIE

CONTRE LES ACCIDENTS

DU PROSTATISME

ET EN PARTICULIER CONTRE LA RÉTENTION

Président : M. GUYON, professeur.

Juges } MM. BROUARDEL, *professeur.*
ALBARRAN et THOINOT, *agregés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

15, rue Racine, 15

1897

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TILLAX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Agréés en exercice.

MM.	GAUCHER	MARIE	SEBILEAU
ACHARD	GILBERT	MENEHIER	THIERRY
ALBARRAN	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
ANDRE	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BAR	GLEYS	POIRIER, chef des	VARNIER
BONNAIRE	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
BROCA	HEIM	ques.	WEISS
CHANTEMESSE	LEJARS	REITTERER	WIDAL
CHARBIN	LECOLLE	RICARD	WURTZ
CHASSEVANT	MARFAN	ROGER	
DELBEZ			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

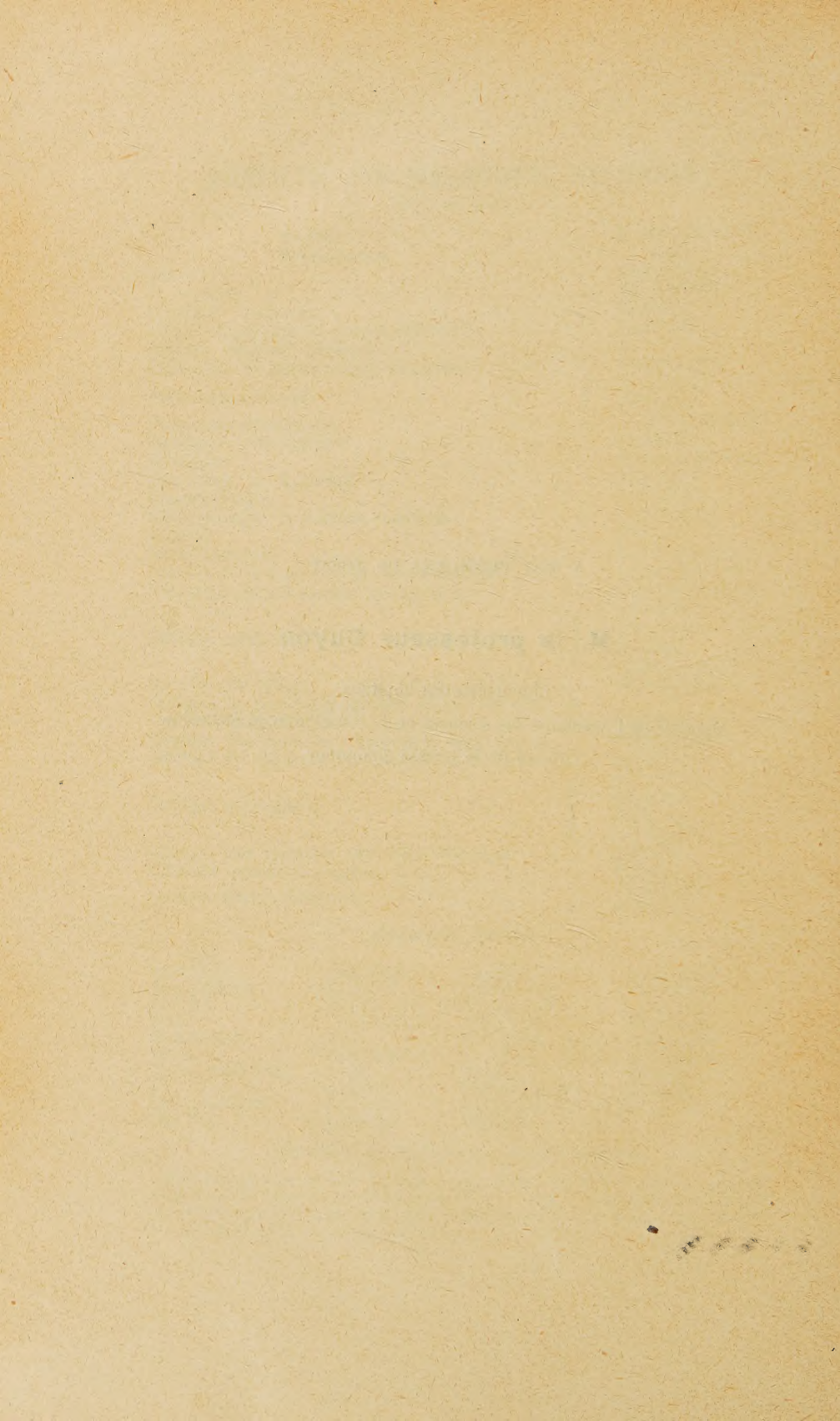
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur Guyon

Chirurgien des hôpitaux

Membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur



LA PROSTATECTOMIE

CONTRE LES ACCIDENTS DU PROSTATISME

ET EN PARTICULIER

Contre la Rétention

I

Avant-propos.

Au moment de terminer mes études médicales, ma première pensée doit être pour ceux dont les sacrifices et l'affection de chaque jour m'ont permis de profiter et de l'amitié et de la science de mes maîtres.

Mon père, mort trop tôt, ne sera pas aujourd'hui l'heureux contemplateur de la joie de son fils, mais, pieusement j'associe son souvenir à mon allégresse.

Ma mère, elle, sera là, simplement heureuse d'être dédommée par un seul jour de bonheur de plusieurs années de dévouement, et récompensée par ce grand amour qu'elle me sait avoir pour elle.

Ce premier tribut de reconnaissance payé, il m'est doux d'en acquitter un autre : celui que je dois à mes maîtres qui tous ont tant fait pour moi.

Amis, autant que professeurs, je les ai trouvés ardents à instruire aussi bien qu'à soutenir et à encourager aux heures difficiles de la vie.

Deux d'entre eux ne sont plus : MM. le D^r Constantin Paul et le professeur Charcot, leur mémoire reste mêlée à mes plus chers souvenirs.

Que dire aux autres pour m'acquitter et que seraient les paroles auprès des services rendus.

Les Mauriac, les Gaucher, les Marie, les Tenneson, les Gilbert, les Hirtz, les Galliard, les Campenon, les Lucas-Championnière, les Pinard, sauront, faible hommage, que je suis, avec combien d'autres, leur élève reconnaissant et dévoué.

Et pourquoi ne pas accorder aussi un souvenir ému à ces asiles de misère à l'abri desquels notre instruction s'est chaque jour développée.

A côté du spectacle de lugubres tristesses, quelles joies intellectuelles sont évoquées par le Midi, l'Hôtel-Dieu, St-Louis, la Salpêtrière, Tenon, Broussais, Baude-locque et le Bastion 36 où, durant l'épidémie cholérique de 1892, nous avons eu ce rare bonheur de recevoir, d'un maître à jamais resté cher, l'exemple de ce que doit avoir de dévouement un médecin vraiment digne de son nom.

Mais mon cœur a hâte d'en arriver au plus vite à mon vrai maître, à celui qui depuis trois années déjà m'instruit et me guide au milieu des difficultés de l'étude d'une spécialité chirurgicale où il est passé pair depuis longtemps.

C'est de M. le D^r E. Desnos que j^e veux parler. Frère

ainé guidant son cadet dans la vie médicale, ses enseignements, ses soins ont été pour moi de chaque jour ; je ne veux rien dire de ses bontés qui furent plus accumulées encore.

A cette clinique de la rue Malebranche qui reste pour jamais liée à mon avenir, j'ai pu, grâce à la large initiative que me laissait le maître, dans un milieu fréquenté par de nombreux malades, acquérir deux choses rares en fin d'études : des idées et une petite expérience personnelles.

Aussi que M. le Dr Desnos soit longuement remercié, lui à l'enseignement fécond de qui je dois d'être aujourd'hui comme un petit-fils dans cette famille de chirurgiens spécialistes dont M. le professeur Guyon apparaît comme l'aïeul vénéré. Je ne crois pas devoir lui dire jusqu'où irait mon dévouement pour lui ; il le sait.

Que M. le professeur Guyon me permette de le remercier du grand honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse, lui qui a su pénétrer de ses idées tous ceux qui s'occupent de voies urinaires en France.

Je n'ai point fini encore : les grandes dettes sont longues à payer.

Je serais ingrat si je n'envoyais pas un souvenir à tous ceux qui m'ont aidé et soutenu. Mon ami de Beauregard avec qui j'ai lu tout ce que l'Amérique et l'Angleterre ont produit sur la prostatectomie depuis 1890, mon excellent cousin Emile qui m'a rendu le même service pour la langue allemande et à qui je dois plus encore pour l'édification de cette thèse, m'accuseraient à juste titre d'ingratitude si je les oubliais.

Enfin à tous ceux qui m'ont aimé et encouragé ainsi qu'à mon frère qui s'est sacrifié à moi, j'envoie le dernier merci ; d'eux comme de mes maîtres je garderai toute une vie le plus délicieux des souvenirs.

II

Introduction

Cette thèse étonnera, sans doute, à une époque où on ne parle plus du tout de la prostatectomie.

C'est justement parce que je crois l'opération tombée dans un injuste oubli, que j'ai accepté la tâche de la rappeler.

Loïn de moi l'idée de prétendre que la prostatectomie est seule bonne. D'autres opérations sont venues qui ont fait leurs preuves et ne sont point à dédaigner quand leur indication se trouve bien précisée.

Les cathétérismes répétés et soigneux (Guyon), la cystotomie et la cystostomie (Poncet), la castration elle-même (Ramm, Withe), la ligature des canaux dans une plus faible mesure (Isnardi), sont toutes des opérations qui ont apporté leur tribut au soulagement ou à la guérison des malheureux prostatiques.

Mais à voir la façon dont la prostatectomie est délaissée de nos jours, on dirait qu'elle n'a jamais été qu'une mauvaise opération et qu'on ne lui doit aucun succès.

Au Congrès de chirurgie de 1896, notre maître, M. le D^r E. Desnos, en rapportant les résultats de vingt cas

de prostatectomie qui lui étaient personnels, constatait avec quel peu d'enthousiasme la prostatectomie avait été accueillie en France.

Tandis qu'on ne saurait feuilleter l'*Index Medicus* sans relever, chaque année, des centaines de cas de prostatectomie en Angleterre et en Amérique, c'est à peine si l'on peut y trouver, en revanche, quelques opérations publiées chez nous.

Dans la thèse de Vignard, la seule publiée sur ce sujet, on constate que, sur cinquante et une observations rapportées, il n'y en a qu'une seule française, due à M. le professeur Guyon. Et cependant l'auteur du travail, qui ne pouvait guère invoquer l'expérience personnelle, n'en portait pas moins un jugement sévère pour la prostatectomie.

Je suis convaincu que cette thèse empêcha beaucoup de chirurgiens de voir par eux-mêmes ce que pouvait valoir l'opération ; on la fit peu en France et toujours avec quelque répugnance.

Durant ce temps, les Américains avaient adopté la prostatectomie, la pratiquaient un nombre considérable de fois et arrivaient, en précisant l'indication opératoire et en perfectionnant les procédés, à abaisser à un nombre infime le chiffre de la mortalité et à élever considérablement celui des bons résultats obtenus.

Mais vint la castration, et, avec une fièvre d'expérimentation peut-être louable, nos confrères du Nouveau-Monde ne pratiquèrent plus qu'elle contre l'hypertrophie prostatique. C'est en vain qu'on chercherait, en 1896, l'indication bibliographique d'une prostatectomie.

La castration eut, en France, un meilleur sort que la prostatectomie, elle trouva de fervents adeptes, sinon parmi les malades, du moins parmi les médecins. On voulut bien l'expérimenter en grand, ce qu'on n'avait pas fait pour la prostatectomie. Seul, M. le Dr Desnos, convaincu de la valeur de l'opération délaissée, la pratiqua successivement dans vingt et un cas et publia ses résultats.

Les observations de dix-neuf de ces opérations sont jointes à la thèse, en sont comme le fondement et l'ont inspirée. J'ai aidé directement M. le Dr Desnos, je parle donc de choses vues. J'ai suivi avec lui les malades depuis l'intervention, j'ai vu les succès, j'ai vu les succès ; mes idées sont donc parfaitement arrêtées quant à la valeur de la prostatectomie.

A ces dix-neuf observations, j'ai joint trente-quatre observations américaines ou anglaises. J'aurais pu en présenter un nombre plus considérable, j'aurais pu utiliser aussi les observations de Vignard. J'ai voulu simplement joindre à ma thèse, à titre de document, pour ceux qui voudraient se faire une idée personnelle, une série d'observations inédites en français. Assurément je n'ai pas manqué de tirer de chacune d'elles l'enseignement qu'elle renferme.

J'ai divisé mon travail non pas en parties ou chapitres, mais en une série d'articles qui, s'enchaînant naturellement les uns aux autres présenteront un tableau, assurément incomplet, de ce qu'on est en droit d'attendre de la prostatectomie. Après avoir rappelé tout d'abord les indications opératoires incontestées ou profitables de l'o-

pération je m'attacherai spécialement à montrer que, judicieusement appliquée, la prostatectomie n'est pas sans valeur il s'en faut contre la rétention des prostatiques. C'est là en effet la question la plus controversée. Pour arriver à une démonstration je passerai en revue les causes de la rétention chez les prostatiques, disant à propos de chacune d'elles quelle indication thérapeutique spéciale elle paraît indiquer. Le domaine de la prostatectomie se trouvera ainsi *à priori* limité. Nos observations viendront à l'appui des théories avancées.

Après avoir parlé des divers procédés opératoires et avoir décrit celui que nous croyons le meilleur, nous tâcherons de nous convaincre de la valeur réelle de l'opération.

Nous ne terminerons point sans avoir esquissé un parallèle sommaire entre la prostatectomie et les autres interventions en honneur contre l'hypertrophie de la prostate, de façon à ce qu'il ressorte bien de notre étude que la prostatectomie n'est inférieure à aucune autre opération.

Enfin après avoir rapporté quelques cas curieux de dégénérescence maligne de la prostate à la suite d'interventions sur celle nous poserons des conclusions très fermes en faveur de la prostatectomie dans les cas où nous la croyons parfaitement et seule indiquée.

Si quelques idées paraissent trop absolues qu'on nous les pardonne en raison de leur sincérité.

III

Des avantages de la prostatectomie en général

Dans cet article, que nous voulons très restreint, nous n'avons pas l'intention d'étudier longuement les divers avantages que peut avoir la prostatectomie en dehors de son action sur la rétention des prostatiques.

Il nous faudrait pour cela élargir dans de trop grandes proportions le cadre forcément restreint réservé à une thèse.

Mais comme nous nous sommes faits les défenseurs d'une opération abandonnée, on nous permettra de rappeler sommairement tout ce qui peut plaider en sa faveur.

La première objection que l'on fait généralement contre une intervention de l'importance de la prostatectomie est celle-ci : Vos malades du moment où ils se présentent sont des malades déjà infectés et affaiblis ; c'est hâter leur mort que de les soumettre à un traumatisme en somme considérable suivi d'un repos horizontal prolongé. Et d'abord, ouvrant une parenthèse, qu'il nous soit permis de dire que nous croyons l'opération bonne surtout chez les jeunes et non chez les vieux prostatiques.

Mais plaçons-nous dans les conditions pires : *un mauvais état général est-il une contre-indication à l'opération.* Oui si l'on ne veut pas noircir la statistique, non si l'on s'en tient à nombre de faits cliniques. Certes les statistiques de la prostatectomie sont assombries par le fait de malades opérés ainsi presque aux portes de la mort. Mais à côté de ces êtres mourants que l'opération n'a pas su arracher à leur sort, il en est d'autres, non moins compromis, qui ont dû la vie à l'intervention opératoire. Ici les partisans de la cystostomie ne manqueront pas de dire que le succès revient au repos vésical, à la sorte de cystostomie due au drainage vésical. D'abord en quoi le traumatisme se trouve-t-il exagéré par ce fait de l'ablation d'un morceau de prostate. L'hémorrhagie ? mais elle est nulle, toujours facile à juguler ; jamais elle n'a causé la mort d'un malade. Chez les gens très âgés quelques cas d'anurie se sont produits après le choc opératoire, mais nous avons pu nous convaincre qu'une seule fois cette anurie, presque toujours transitoire, avait amené la mort du malade sur plus d'une centaine de cas. Dans sa thèse, Vignard rapporte six cas (Robson, Kümmel, M. Gill, Schmidt), où l'état général étant des plus graves, l'opération a non seulement pu se faire sans amener la mort, mais encore a fait recouvrer aux malades une bonne santé générale. On trouvera plusieurs cas semblables dans nos observations. Dans une opération de prostatectomie l'état général peut donc être favorablement influencé par le repos vésical dû à l'ouverture et au drainage. La rétention venant à cesser, les uretères cessant d'être dilatés, le rein voit ses fonctions renaître graduel-

lement ; il n'y a plus aussi rétention de matières septiques.

Peut-on nier la *valeur de la prostatectomie dans les cas où le cathétérisme est difficile* ? Dans sa thèse M. le Dr Vignard dit qu'un cathétérisme habile et patient vient toujours à bout d'un obstacle prostatique et il se refuse à croire que la simple difficulté du cathétérisme soit en soi suffisante pour justifier la prostatectomie.

L'auteur parlait pour des gens rompus comme lui au cathétérisme. Les chirurgiens américains ont pensé que faciliter le sondage et le rendre sans danger pour l'avenir n'était point un si maigre avantage en faveur de l'opération qu'ils défendaient. Qu'on parcoure nos observations : Southam, Tobien, Keyes, Wolsey, Füller, Moullin, bien d'autres encore, ont fait de la difficulté du cathétérisme une indication primordiale de la prostatectomie. Nous-mêmes nous nous rattachons à leur manière de voir et nous pensons qu'une prostatectomie bien faite, et faite en temps voulu est préférable à un mauvais cathétérisme. Qu'on ne vienne pas dire que ces difficultés du cathétérisme ne seront pas toujours levées par la prostatectomie. Dans la thèse de Vignard la facilité du cathétérisme après l'opération a été signalée dans toutes les observations : il en est de même quant aux nôtres et, si l'on a refusé d'autres avantages à l'opération, on ne lui a jamais contesté celui-là.

La vraie difficulté siège presque toujours au niveau du col ; c'est une barre qui arrête la sonde, c'est un croupion, un collier, un lobe moyen développé suivant quelque mode que ce soit ; peu souvent l'hypertrophie d'un

lobe latéral a amené des difficultés aussi sérieuses que celle qui résulte de l'hypertrophie d'un lobe moyen. Or, le lobe moyen peut toujours être enlevé suffisamment pour permettre un cathétérisme facile.

Mais n'y a-t-il pas plus de danger à pratiquer la prostatectomie qu'à livrer les malades aux chances d'un sondage difficile? Ce n'est point d'aujourd'hui que M. le professeur Guyon a fait judicieusement remarquer combien cette opération si simple du sondage prend de gravité vis-à-vis des prostatiques. Ne compte-t-on pour rien ces fausses routes qui peuvent rendre le canal imperméable justement à une période dangereuse; les hémorrhagies souvent graves à cause de la congestion habituelle de la prostate; les infiltrations d'urines en général septiques et rendant toujours imminent le danger d'accidents septicémiques.

Pour toutes ces raisons, la prostatectomie qui est capable de rendre le cathétérisme facile est une bonne opération digne d'être pratiquée pour arriver à ce seul résultat.

Un autre avantage de la prostatectomie est de *modifier le cathétérisme au point de vue douleur*. Dans l'*in-extenso* de quelques-unes de nos observations on pourra voir que certains malades allaient jusqu'à menacer leurs médecins du suicide s'il ne pratiquaient point une opération capable d'apporter un remède à leurs intolérables souffrances. La prostatectomie a laissé après elle un cathétérisme indolore toutes les fois qu'il a fallu revenir à la sonde. D'autres opérations, la castration entre autres, arrivent au même résultat. Mais puisqu'on en a fait un titre de gloire à ces opérations il serait injuste de

ne pas en laisser aussi le bénéfice à la prostatectomie.

Beaucoup de prostatiques ont au sondage de faciles *hémorrhagies*, soit que ces hémorrhagies soient dues à une congestion habituelle de l'organe, soit qu'elles soient dues aux lésions causées par un cathétérisme laborieux; il est parfois difficile de faire la part de ce qui revient à l'une ou l'autre de ces deux causes. La prostatectomie avec drainage pare à tout; l'obstacle est levé, le cathétérisme devient facile, la prostate se décongestionne à la faveur de la cystostomie temporaire qui est le fait du drain et les deux causes d'hémorrhagie se trouvent ainsi à la fois combattues.

J'arrive à l'efficacité de la prostatectomie *contre la rétention ou la formation de calculs dans la vessie*. Un homme d'un certain âge, goutteux, atteint d'hypertrophie prostatique du lobe moyen est pris de coliques néphrétiques; les concrétions rénales arrivent dans la vessie. Elles seront presque fatalement retenues par l'obstacle dans bien des cas. Avec M. le Dr Desnos nous avons publié un cas de ce genre où 574 calculs, variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de maïs avaient été retenus dans un bas fond vésical profond creusé en arrière d'une hypertrophie du lobe moyen.

Il n'est pas nécessaire que les calculs viennent du rein.

Ils peuvent de toutes pièces se former dans la vessie et si l'on veut se donner la peine de parcourir les observations que nous avons jointes à notre travail on verra que dans beaucoup de cas l'hypertrophie s'accompagnait de calculs vésicaux. C'est qu'en arrière de l'obstacle prosta-

tique un résidu urinaire restait où toutes les formations calculeuses étaient possibles.

Ouvrir les voies pour livrer passage aux concrétions venues du rein, aplanir le fond de la vessie pour empêcher l'arrêt de calculs rénaux ainsi que la stagnation de l'urine et la formation de calculs vésicaux, voilà deux nouveaux avantages de la prostatectomie. *Mansell-Moullin* a dit avec juste raison. « La lithotomie ou lithotritie
« en dehors de l'enlèvement de l'obstacle qui a favorisé la
« formation des calculs ne semble qu'une opération palliative et à résultats temporaires. L'excision de la
« portion saillante de la prostate n'ajoute pas de gravité
« à l'opération tant que l'urine est acide ; pourquoi ne
« pas la pratiquer ? »

Mais en somme *c'est de la rétention* que les prostatiques souffrent le plus.

Que vaut la prostatectomie contre la rétention ?

Je ne veux point parler de la rétention incomplète et chronique ; le restant de la thèse sera presque exclusivement consacré à cette question.

Dans la rétention aiguë doit-on pratiquer la prostatectomie ?

Deux cas sont à considérer.

Dans le premier on se trouve en face de la première rétention. Il ne faut pas alors songer à la prostatectomie. Par des exemples accumulés, M. le professeur Guyon a montré que de nombreux malades, convenablement traités par le cathétérisme, n'avaient jamais vu reparaître aucune rétention. A moins d'impossibilité de sondage due à un obstacle prostatique c'est à lui qu'on devra

recourir. Même si le cathétérisme est impossible il ne faudra pas songer de suite à la prostatectomie ou même à la simple cystostomie. On devra d'abord essayer la ponction sus-pubienne ; les cas sont nombreux où la décongestion amenée ainsi par la déplétion de la vessie a rendu ce canal de nouveau perméable aux sondes, et occasionne le retoursponané de la miction.

Mais il en va tout autrement lorsque les rétentions aiguës se succèdent à intervalles rapprochés. Dans ce cas, et dans certaines limites, la prostatectomie s'impose aussi bien que dans des cas de rétention chronique.

Reste à savoir dans quels cas la prostatectomie est bonne contre la rétention chronique, complète ou incomplète. C'est ce que nous allons tâcher d'établir en passant en revue les causes diverses de la rétention chez les prostatiques.

IV

Des causes de la rétention chez les prostatiques. — Diversité des interventions qu'elles commandent.

Loin de nous l'idée de prétendre que la prostatectomie a guéri dans tous les cas la rétention des prostatiques ; les faits ne tarderaient pas à nous démentir. Mais en recherchant ici les causes de la rétention, je vais m'efforcer de limiter *a priori*, d'après ce qu'enseigne l'expérience des chirurgiens étrangers et aussi d'après nos convictions personnelles, le champ dans la limite duquel la prostatectomie est et restera une bonne opération.

Chez le vieillard, ou pour mieux dire chez l'homme d'un âge avancé, la rétention presque habituelle de l'urine, que cette rétention soit complète ou incomplète, tient à trois causes que l'on peut trouver isolées ou associées.

1° Parésie vésicale ;

2° Hypertrophie en masse de la prostate ;

3° Hypertrophie isolée ou prédominante de l'une des parties de la glande.

Analysons successivement ces trois facteurs de la rétention.

Première cause de rétention. — Parésie vésicale. —
Depuis longtemps, et à juste titre, M. le P^r Guyon et à sa suite ses élèves ont démontré que cette parésie, apanage presque inévitable de la vieillesse, pouvait rendre inefficaces toutes les tentatives faites pour apporter un remède à la rétention des prostatiques.

M. le D^r Jean, le D^r Launois, puis le D^r Génouville, dans des thèses qui sont restées de précieux documents, se sont occupés et des dégénérescences et de la valeur de la vessie des prostatiques.

Il ressort de la thèse de Genouville que la contractilité vésicale, conservée au début, diminue pour devenir nulle eu définitive au fur et à mesure que progresse l'inactivité vésicale sous la double influence et de la sclérose et de l'obstacle prostatique apporté à l'émission de l'urine.

Prenons un vieillard à la troisième période de son affection : il a de la rétention, souvent complète, parfois incomplète, mais telle qu'à chaque minute le trop plein demande à être évacué ; il urine, mais il expulse le trop plein seul et non pas ce que la contractilité vésicale devrait faire sortir. Que faire ?

A priori toute idée d'intervention pour amener une cure radicale doit être écartée. On devra tâter le malade, le sonder régulièrement pour savoir s'il reste encore espoir de voir la contractilité vésicale revenir ; si au bout de quelques semaines l'urine sort encore en bavant de la sonde on devra le condamner à ce qu'on a appelé *la vie cathétérale*. A quoi servirait de tenter lever l'obstacle, puisque la force même manque pour parcourir le chemin ?

Mais il n'en est point toujours ainsi, il s'en faut. L'artério-sclérose n'a pas toujours envahi complètement la vessie, et sans adopter les théories de Casper qui s'est efforcé de combattre celles de M. le Pr Guyon sur l'artério-sclérose généralisée à tout l'arbre urinaire, on est forcé de se rendre à l'évidence des faits et de constater que dans bien des cas cette vessie, hier inerte, ne demande qu'à venir en aide à la main qui lui apporte secours.

Le plus souvent il n'y a en effet que dissociation et non pas disparition des faisceaux musculaires, et comme conséquence il y a plutôt trouble qu'abolition de la miction.

Il est inutile d'insister longuement pour démontrer cette énergie latente qui reste à la vessie. Que de fois ne voit-on pas cet organe recouvrer passagèrement ses facultés chez un prostatique atteint de rétention plus ou moins absolue? C'est donc que cette vessie n'a pas perdu toute sa vigueur, qu'elle peut encore agir pour peu qu'on la seconde et qu'une intervention qui doit lever l'obstacle doit lui rendre aussi en partie ses fonctions. Examinons une telle vessie au cystoscope; on y voit des colonnes, des faisceaux musculaires en somme, restés vivaces au milieu de ceux qui sont dégénérés, à côté de cent qui sont détruits; et durant l'examen cystoscopique on voit la vessie onduler au devant de l'instrument, montrant ainsi que sa vie n'est pas éteinte par ce fait qu'en raison de l'obstacle elle ne peut plus expulser. Il y a manque de force, manque de cohésion de forces, mais non pas de destruction de la contractilité.

Et puis dans ces cas d'inactivité vésicale il y a un autre élément qui selon nous joue un rôle énorme, sinon pré-

pondérant : c'est l'infection vésicale. Les vieux urinaires qui se sondent tous les jours, arrivent forcément, si soigneux qu'ils soient, à infecter leur vessie. Cela laisse à présumer avec quelle facilité, les malades des classes moins aisées, moins intelligentes, moins libres et partant moins soigneuses, arrivent plus facilement à cette infection. Ce n'est pas chose facile que de désinfecter chez soi et, longtemps, un cathéter ; et puis, combien de fois une prostatite ignorée ne vient-elle pas porter l'infection dans une vessie jusque-là restée propre !

La vessie se trouve donc infectée ; quel est le résultat de cette infection sur la fonction vésicale ? Je crois qu'il n'est point utile de longtemps discuter pour prouver qu'une abolition plus ou moins complète de la contractilité, suit l'infection. Un malade jeune, pas artério-scléreux celui-là, mais atteint de cystite par propagation blennorrhagique se présente à vous. Il a des mictions toutes les demi-heures. Faites-le uriner devant vous, assistez à tous les efforts douloureux et énergiques d'expulsion qu'il fera sous l'influence de l'inflammation, sondez-le ensuite ; toujours vous trouverez un résidu vésical.

Comment s'étonner alors qu'un homme vieux dont la vessie aura la valeur exacte de son âge, artério-scléreux avec cela si l'on veut, ne puisse arriver à vider sa vessie ou en vienne à des rétentions presque absolues.

Chez nous on tend à penser qu'une fois la tonicité vésicale disparue depuis longtemps, l'art médical se trouve désarmé. Et bien l'expérience des chirurgiens d'Angleterre et du Nouveau-Monde mène à d'autres conclusions.

Voici l'opinion de Robson (1), qui a pratiqué en grand la prostatectomie. « En présence d'une complète atonie du
« muscle vésical l'opération est possible si l'atonie est non
« seulement récente mais si ces conditions ont existé
« plusieurs mois avant l'enlèvement de l'obstruction pour
« faciliter l'issue de l'urine. Alors même que l'atonie
« persiste les cautérisations et l'électricité peuvent en
« venir souvent à bout après l'opération.

— « Grosse rétention, bonne contractilité, peu d'effets
« du cathétérisme, bon état général, voilà des indications
« certaines à l'opération, si le malade veut la laisser pra-
« tiquer. »

Voici l'opinion de Fuller, dont je rapporte 6 obser-
vations : (2)

« En enlevant l'obstacle, dit-il, on voit l'hypertrophie
« disparaître et, le sondage devenant utile, la contracti-
« lité vésicale reparaître. Les troubles rénaux causés par la
« distention des uretères et des bassinets, les pyélo-né-
« phrites de même origine disparaissent graduellement
« lorsque la vessie recouvre sa contractilité. Au bout de
« 6 mois à un an le malade est capable de se déclarer en
« bonne santé, dit qu'il se sent rajeuni de 10 ans et que
« sa miction est aussi bonne que possible. Ces arguments
« paraîtront sans doute trop optimistes et on fera ressortir
« le mauvais résultat de beaucoup de cas opérés par
« des prédécesseurs. »

1. Robson Britt. m. J. 1894, p. 63.

2. Fuller. *J. of cut. and gen. Ur. Disease* 1895. p. 229.

3. Belfied. Opération on enlarged prostate *American Journal of the medical science*. 1890. p. 441.

Voici ce qu'écrit Mansell, Moullin dont l'expérience en ces matières ne sera contestée par personne (1) :
« En ce qui concerne la tonicité vésicale, l'expérience paraît montrer que dans la majorité des cas elle est recouverte pourvu que l'obstruction prostatique soit complètement enlevée ».

Nous ne continuerons pas ici des citations que l'on retrouvera dans le cours de cette thèse, mais nous croyons devoir citer les recherches de Casper (2), qui ont mené cet auteur à des idées que je trouve toutefois trop absolues, et, qui viennent à l'encontre des idées générales exposées par Launois : « l'hypertrophie prostatique bien que souvent associée à une sclérose sénile des vaisseaux sanguins de tout l'appareil génito-urinaire n'a aucune connexion sauf accidentelle, avec l'artério-sclérose généralisée. L'auteur a examiné les corps de 28 hommes âgés de plus de 50 ans. Chez les 20 premiers, la prostate était grossie et l'aorte athéromateuse. Dans deux cas seulement y avait une sclérose générale sénile des organes urinaires associée à une hypertrophie prostatique. Cet exemple réfute la théorie avancée par Guyon et Launois que l'hypertrophie prostatique a une partie d'une sclérose sénile généralisée à tout l'artère urinaire.

Si l'on veut bien se reporter à nos tableaux résumés et à nos observations, on pourra juger du nombre de fois où une vessie paraissant avoir perdu désormais ses fonctions est revenue à une activité presque toujours considérable et souvent même complète.

1. M. Moullin. *Lancet*. London, 1892 (4 juin).

2. Casper. *Berl. Clin. Woch.* Berlin, 1 nov. 1892.

Nous ne voulons point nous étendre davantage et pour en finir avec cette question, de la contractilité vésicale, nous poserons les conclusions suivantes :

1° La dégénérescence artério-scléreuse de la vessie n'est pas niable, la diminution ou l'abolition de contractilité qu'elle amène est évidente.

2° De ce fait que la vessie n'expulse plus il ne faut pas déduire qu'elle a à jamais perdu ses facultés expultrices. On doit la tâter, tenir compte du rôle annihilateur de l'infection et savoir qu'elle peut n'être que forcée par la rétention due à un obstacle mécanique. Les nombreux exemples du retour de contractilité cités par les auteurs anglo-américains doivent encourager le chirurgien ; le plus souvent si l'on veut me passer l'expression, il n'y a qu'*asytolie vésicale*.

3° Si après des cathétérismes répétés la vessie ne réagit pas il est logique de l'abandonner à la sonde, à *la vie cathétérale*, moyen mécanique de vider un réservoir encombré. Mais si elle réagit, si une fois désinfectée autant que faire se peut elle ne se vide pas bien, si ses contractions existent même incomplètes, on a aussi le devoir de songer à l'hypertrophie prostatique, à l'obstacle qui seul peut-être s'oppose à l'entier recouvrement des fonctions passées.

Venons à l'étude de cette autre cause de la rétention des prostatiques : l'hypertrophie de la prostate.

Deuxième cause de rétention. Hypertrophie totale de la prostate. — Nous voulons entendre ici par hypertrophie totale de la prostate ces cas où l'organe volumineux

s'est hypertrophié en entier, d'une façon symétrique et homogène, sans laisser prédominer l'hyperplasie de l'une de ses parties, lobe médian ou lobe moyen.

Il faut en effet reconnaître que dans la majorité des cas la prostate s'hypertrophie toujours en entier et que le grossissement *absolument isolé* d'un lobe est une chose rare. Ce qui n'est pas rare par contre c'est de voir, avec une hypertrophie généralisée, une des parties de la glande prendre une expansion plus considérable que le restant.

Au cours de recherches cadavériques qui ont porté sur 91 sujets je n'ai trouvé 7 fois l'hypertrophie totale presque complètement symétrique. On trouvera plus loin le tableau de ces recherches.

Mais il est à remarquer que ce ne sont pas justement ces grosses hypertrophies qui amènent le plus de troubles. Depuis longtemps M. le professeur Guyon a fait remarquer que dans ces cas le canal se trouvait plus ou moins comprimé, mais non pas déformé, et que la rétention était plus rare que dans les cas où la forme anatomique de la portion prostatique de l'urèthre se trouvait modifiée profondément par la prédominance de l'une des parties de la glande.

De ce fait qu'une prostate est grosse il ne faut pas conclure que la rétention doit être considérable. Une petite barre prostatique siégeant au col vésical, dans une prostate à peine modifiée en masse, peut amener plus de désordres qu'une prostate énorme au toucher rectal.

Doit-on tenter de remédier par la prostatectomie aux rétentions causées par ces énormes hypertrophies totales?

Je ne le pense pas ; la seule prostatectomie à tenter serait la prostatectomie latérale de Dittel et justement c'est celle qui a donné le moins de bons résultats.

Dans des cas de cette nature je crois qu'il vaudrait mieux recourir à des méthodes qui ont enregistré quelques succès, dans les cas de prostates très nettement fibreuses, dures au toucher : telles les injections de teinture d'iode (Posner) l'électrolyse (Posner), etc. Je n'indique que pour mémoire les ingestions de glande prostatique (Reinert) et la ligature des iliaques (Bier) tentée un nombre restreint de fois et qui vient d'être condamnée comme dangereuse par son auteur même (1).

Mais si l'on tient compte de ce fait que la plupart de ces grosses prostates qui apparaissent plus ou moins molles au toucher rectal sont surtout des organes congestionnés, je crois que l'intervention qui se recommande le plus dans ces cas est la castration. Avec les décongestions que cette opération amène, on pourra espérer un bon résultat. Je pense que nous avons là une indication nette et justifiée d'une opération qui a eu, et possède encore, une grande vogue, qui a été tentée un peu trop dans tous les cas et qui doit à cela les nombreux insuccès qui tendent à la faire tomber aujourd'hui dans la même défaveur que la prostatectomie.

Nous trouverons d'ailleurs l'occasion de parler un peu plus longuement de la castration dans un autre chapitre.

Examinons maintenant ce cas où l'un des lobes moyen, se serait particulièrement développé, déformant la traversée prostatique de l'urèthre sans modifications intra-vési-

1. Bier, 27^e congrès. Berlin, 1897.

cales autour du col. Remarquons d'abord que ce cas est rare et n'a été signalé que peu de fois. La prostatectomie pourrait-elle être efficace ? Je ne peux mettre aucune observation à l'appui de ce que je vais avancer, mais il me semble qu'à l'aide d'une prostatectomie périnéale, on aurait encore le moyen d'être utile au malade.

J'ai hâte d'en arriver à la troisième cause de rétention qui est la plus fréquente, qui indique nettement la prostatectomie, et dont la suppression, toujours possible, doit amener la guérison ou l'amélioration considérable du sujet.

Troisième cause de rétention. Saillie au col vésical. — La saillie d'une portion prostatique au col vésical est un fait fréquent, presque général chez les prostatiques. On peut aller plus loin et dire que le pourtour de l'orifice intra-vésical de l'urèthre se modifie toujours au fur et à mesure que l'âge augmente.

Voici les résultats de recherches personnelles faites à la Faculté et à Bicêtre sur des cadavres d'hommes âgés de 45 à 72 ans. Ces recherches ont porté sur 91 sujets; elles donnent une idée et de la fréquence de l'hypertrophie entre ces deux âges et du rapport qui existe entre les divers modes d'hypertrophie.

Age des sujets	Nombre	Hypertroph. constatées
46 à 50 ans.....	11	5
50 à 55 ans.....	22	12
55 à 60 ans.....	31	23
60 à 65 ans.....	10	9
55 à 72 ans.....	17	15

Vingt-quatre sujets seulement n'avaient donc aucune

modification appréciable du relief vésical autour du col, il y a une modification prostatique intro-vésicale dans ces 2/3 des cas environ.

Un élève de Poncet, Lagoutte (1), dans un article où il compare les résultats de la prostatectomie et ceux de la cystostomie, rapporte le résultat de recherches analogues. Sur 30 sujets examinés par lui douze fois seulement la prostate était normale; les sujets avaient tous plus de 60 ans. Comme la nôtre, sa statistique donne comme atteints le 2/3 des cadavres examinés.

Quel était le mode d'hypertrophie présenté par les 64 sujets atteints de notre statistique personnelle ?

Age	Nombre de malades	Hypertrophie totales	Lob. moyen luette vésicale barre seuls	Lob. later seul		Hypertrophie tot. avec prédom. du lob. moyen
				1 lob.	2 lob.	
45 à 50	5	0	5	0	0	0
50 à 55	12	0	6	1	2	3
55 à 60	23	1	7	3	2	10
60 à 65	9	2	0	2	3	2
60 à 72	15	4	1	0	2	8
»	64	7	19	6	9	23

Il ressort clairement de l'examen de ce tableau deux faits importants que seul, je veux retenir ici : 1° L'hypertrophie seule ou associée du lobe moyen et la plus fréquente ; 2° plus le malade est jeune plus l'hypertrophie

1. Lagoutte. *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, mars 1894.

a de tendance à se trouver seulement localisée au lobe médian de la prostate.

Je veux bien qu'il ne faut accorder à une statistique de cette nature d'une valeur relative. Lagoutte, dans l'article cité est arrivé à la répartition suivante : « dans
« 6 cas, nous avons constaté une hypertrophie considéra-
« ble. Or, sur ces 6 cas, nous n'avons rencontré qu'une seule
« fois un lobe médian isolé, du volume d'une noisette.
« Les cinq autres fois, il s'agissait d'hypertrophies por-
« tant sur toute la glande et surtout sur les lobes latéraux.
« Quant au lobe médian, il était une fois insignifiant. Dans
« les quatre autres cas, son volume variait d'un petit pois
« à une noisette.

« Nous ne voulons pas chercher à établir sur ces données
« un chiffre exact donnant sur un certain nombre de cas
« la proportion des hypertrophies isolées du lobe moyen et
« des lobes latéraux. Il est probable qu'une série de 30 au-
« tres cas pris dans les mêmes conditions nous conduirait
« à des résultats qui ne concorderaient peut-être pas exac-
« tement avec les précédents. Mais il est un fait qui sem-
« ble se dégager nettement de ces recherches cada-
« veriques et sur lequel nous voulons insister tout parti-
« culièrement, c'est la rareté de l'hypertrophie isolée du
« lobe médian, hypertrophique, qui constitue pour ainsi
« dire une exception. Dans la grande majorité des cas, il
« s'agit d'une augmentation de volume portant sur tout
« l'organe.

« L'examen des prostates sur le vivant, au cours des
« cystostomies, nous conduit aux mêmes conclusions. Sur
« 55 malades opérés jusqu'à ce jour dans le service de

« M. Poncet, c'est à peine si nous trouvons signalée deux
« ou trois l'hypertrophie *isolée* du lobe médian. Presque
« toujours, il s'agit d'une augmentation en masse de la
« glande, comme on peut s'en rendre compte en pratiquant
« le toucher bi-manuel, un doigt étant introduit dans le rec-
« tum et l'autre dans la vessie par l'ouverture hypogastri-
« ques. A ce propos, faisons remarquer que *le simple tou-
« cher rectal ne donne que des renseignements très im-
« parfaits relativement au volume et à la forme de la
« prostate.*

« Les déformations du col vésical qui résultent de cette
« hypertrophie totale de la glande peuvent, d'après ce que
« nous avons constaté au cours des cystostomies, se rame-
« ner à trois variétés d'une fréquence encore très inégale.

« Dans une première catégorie de cas, *qui sont de beau-
« coup les plus communs, le doigt introduit dans la ca-
« vité vésicale sent une sorte de bourrelet saillant en tou-
« rant l'orifice de l'urèthre ».*

Interrogeons d'autres statistiques et nous verrons que si tous les auteurs sont d'accord pour faire jouer un rôle prépondérant à l'hypertrophie dans la rétention, ils le sont moins quant à la part de la prostate à mettre en cause.

Toutefois, il y a une forte majorité en faveur du lobe médian.

Nos recherches anatomiques se trouvent ainsi confirmées par les statistiques étrangères, et l'on pourra voir, au tableau de nos observations qu'elles viennent démontrer que le lobe médian est presque toujours en cause, seul ou associé à d'autres parties de la glande.

V. *Dittel* dit que l'hypertrophie du lobe médian s'accompagne de celle des lobes latéraux.

Les statistiques de *Eigenbrod*, *Thompson*, *Civiale*, *Dupuytren*, montrent le lobe médian hypertrophié dans 15 0/0 des cas seulement.

Vignard ne trouve que 12 cas de lobe moyen sur les 28 pièces du Musée *Civiale*.

Dans 28/30 des cas, d'après *Watson*, on trouve l'obstacle au col, et dans 10/30 seulement le lobe médian est en cause ; pour *Fenwick*, 90/100 des obstructions prostatiques sont dues au lobe médian ; *Browne* attribue la difficulté de la miction à l'hypertrophie intra-vésicale, mais ne donne pas de chiffres ; *Hutchinson* attribue la rétention à une valvule vésicale seulement ; *Kümmel* dit que l'hypertrophie du lobe du milieu est plus commune que l'on ne croit.

Tobin rapporte que, d'après ses observations, on voit, dans les cas où le lobe médian ne peut pas être enlevé, la rétention être tout à fait complète ; *Belfied*, dans une statistique de 63 cas d'obstructions opérées, montre que 37/63 des cas présentent une tumeur médiane, 9/63 des tumeurs latérales, 5/63 des tumeurs médianes et latérales, 7/63 des hypertrophies en forme de collier.

Woolsey pose les conclusions suivantes :

- 1° L'accroissement intra-vésical de la prostate n'est pas toujours la cause de l'obstruction, quoique ce soit plus souvent le cas. Il nécessite alors l'opération ;
- 2° La portion médiane joue son rôle en formant valvule dans la majorité des cas ;
- 3° Les lobes latéraux sont souvent des facteurs impor-

tants à la fois intra et extra-vésicaux, mais surtout extra-vésicaux. »

Un moyen précieux, la cystoscopie, nous permet de nous rendre compte de la fréquence des reliefs péri-urétraux du col vésical. Dans la plus part des cas de *prostatisme jeune*, le cystoscope, que nous avons fréquemment employé pour nous faire une conviction fermement établie, nous a montré que l'obstacle siégeait en général sous forme de barre, ou de lnette, ou de petit noyau du lobe moyen. Cet obstacle en général musculaire expliquerait en partie les difficultés de la miction dans la première période du prostatisme, alors qu'il n'y a pas encore de rétention et que la vessie ne présente aucune espèce de signes apparents de dégénérescence ou de dissociation de ses faisceaux musculaires.

D'ailleurs si l'on se refusait à accorder une grosse place à l'hypertrophie prostatique dans la production de la rétention il suffirait de rappeler que derrière de grosses prostates on trouve souvent des vessies vigoureuses et qu'il n'y a aucun parallélisme en général entre le volume de la glande et l'atonie des parois vésicales.

Pour nous, et c'est ce qui justifie notre thèse en faveur de la prostatectomie, nous restons convaincus que la déformation prostatique est le fait initial et que ce n'est qu'à la faveur de l'obstacle mécanique primitivement créé que la sclérose prend une marche relativement rapide dans la destruction du muscle vésical. La dissociation des faisceaux musculaires est d'autant plus rapide que l'obstacle s'accroît plus vite, le muscle vésical faiblit d'autant plus vite et les lésions se développent d'autant plus qu'il

aura à lutter contre un obstacle ; la présence des saillies prostatiques ne peut que précipiter les altérations de la musculature vésicale.

Au dernier congrès de chirurgie, notre maître M. le Dr Desnos a bien fait ressortir l'importance de l'obstacle prostatique en tant que producteur de la destruction de la synergie vésicale (1).

Il a montré que si le degré d'intégrité de la vessie tient le pronostic sous sa dépendance, la dissociation de la vessie est lentement progressive et qu'on peut assister à la formation des colonnes et des vides qui détruisent la synergie vésicale. La vessie se rétracte avec énergie mais sans synergie, d'où abaissement de la tension ; c'est ce qui ressort d'ailleurs de la thèse de Genouville. Qui ne sait que chez les prostatiques calculeux la lithotritie est souvent empêchée par des contractions qui enserrant les mors ; la vessie chez les prostatiques de cette catégorie n'est donc pas atone et inerte mais atteinte d'incoordination.

On peut rapprocher les lésions vésicales des rétrécis de celle des prostatiques : on y voit même tendance à la dissociation, même hypertrophie partielle ; or, chez ces rétrécis, ces dispositions morbides de la vessie s'atténuent et s'effacent lorsque l'obstacle disparaît. Il peut en être de même chez les prostatiques. Ce phénomène s'est produit à un haut degré chez plusieurs malades réséqués de la prostate et la cystoscopie a montré l'atténuation des irrégularités vésicales à la suite de l'opération.

Il ne faut pas se hâter de déclarer qu'une vessie a

1. Desnos. Congrès de Chirurgie, décembre 1895.

perdu sa contractilité d'une façon définitive. La fonction du muscle peut n'être que momentanément entravée soit sous l'influence de l'obstacle, soit sous l'influence de l'inflammation de la muqueuse. Lagoutte a écrit très justement ces lignes démonstratives.

« Pour nous, et c'est l'opinion de M. le professeur Poncet, il nous semble que la véritable cause des troubles de la miction est bien la prostate hypertrophiée. Certainement les vieillards n'ont pas un muscle vésical comparable à celui d'un homme jeune, mais leur vessie est dans l'état de leurs autres organes, de leurs muscles par exemple, elle fonctionnerait parfaitement encore si un obstacle insurmontable ne s'y opposait. Et cela est si vrai que chez des malades de M. Poncet ou pendant la cystostomie on a trouvé la vessie distendue avec une muqueuse malade, on voit, lorsque l'orifice abdominal est constitué, l'urine être projetée avec une certaine force. Chez d'autres malades, on a été forcé de recourir à une seconde intervention soit pour réouvrir la fistule abdominale qui tendait à s'oblitérer, soit encore pour enlever des calculs, et on a pu constater par le toucher et par la vue que les parois vésicales étaient revenues sur elles-mêmes et avaient repris leur tonicité, qu'elles n'avaient peut-être jamais perdue, sous l'influence de la suppression de l'obstacle. Aussi croyons-nous que la perte partielle de la contractilité vésicale est plutôt secondaire, au moins dans la généralité des cas, et qu'elle ne joue qu'un rôle accessoire dans la production des phénomènes de rétention ».

toutes ces causes diverses de rétention chez les prostatiques, quel enseignement devons-nous tirer quant à l'application de la prostatectomie comme méthode curative.

D'une façon générale, et comme il faut toujours tenir compte des dispositions et des indications individuelles, d'une façon générale le chirurgien qui devra prendre un parti se trouvera devant un malade appartenant à trois groupes principaux.

Dans un premier cas c'est à un de ces malades atteints d'une dégénérescence et par conséquent, d'une impuissance vésicale absolue qu'on aura à faire. C'est dans toute sa beauté le malade artério-scléreux décrit par M. le professeur Guyon. On tatera la vessie ; pas de réaction, aucune intervention possible : la vie cathétérale est de toute nécessité. Y a-t-il difficulté de sondage dans ce cas ? Une opération est indiquée pour parer aux fausses routes et aux hémorrhagies, aux cystites possibles aussi. Ce sera la prostatectomie si l'on veut, mais, si l'on néglige l'inconvénient de l'urination incessante, ce pourra être aussi bien la cystostomie qui donne un choc opératoire moins grave.

Dans un deuxième cas le malade se présentera avec une vessie atone en apparence, avec une vessie qui ne pouvant prendre le dessus, vient d'abandonner le combat faute de secours. Force sera de sonder ce malade et petit à petit, sous l'influence bienfaisante du cathétérisme régulier la vessie recouvrera pas à pas sa tonicité. Hé bien, je le demande, n'est-il pas logique de supprimer un obstacle manifestement cause de tout le mal. L'opération libératrice pourra être la castration dont à mon avis on ne peut prévoir l'action efficace sur la grosseur prostatique et

qui ne me paraît indiquée nettement que dans certains cas de prostates congestionnées. Mais ce sera, surtout si la prostate est dure et fibreuse, ce sera à la prostatectomie à qui il faudra songer ; et à la prostatectomie aussi complète que possible à la prostatectomie à la Keyes qui n'a pas craint d'enlever jusqu'à plus de 300 grains de prostate, et comme Keyes on pourra enregistrer des succès inespérés (observations) ; la clef du succès c'est l'ablation aussi complète que possible.

Dans une troisième série de cas, et à notre avis c'est là la plus intéressante parce que le succès est presque inévitable, le malade qui se présentera sera tout autre. En général il sera jeune, il sera tourmenté par des envies plus ou moins fréquentes d'uriner, il aura ou aura eu des rétentions complètes passagères, la sonde l'aura momentanément guéri mais les récurrences de rétention aiguë resteront imminentes. Le jet sera resté bon aux périodes de calme, l'urine sortira franchement de la sonde qu'on vient d'introduire ; le cathétérisme aura montré que la traversée prostatique n'est pas trop irrégulière ; le cystoscope complétant l'examen aura fait voir là une vessie qui ondule encore dans le champ de l'instrument, une vessie plus ou moins intacte, entamée peut-être mais encore pourvue de vigoureuses colonnes musculaires, avec cela il aura fait voir une saillie médiane ou latérale bien nette : la prostatectomie s'impose alors. Souvent la tonicité première sera entièrement recouvrée ; presque toujours elle le sera dans une large proportion, ce qui en reste sera conservé pour longtemps à l'avenir et peut-être pour ce qui reste de vie au malade.

Si l'on joint à cela que dans bien des cas on supprime en un moment au patient des souffrances intolérables on ne peut pas considérer la prostatectomie comme une opération inutile.

Nos observations le démontreront.

Procédés opératoires divers.

Nous n'avons pas l'intention de décrire par le détail tous les procédés opératoires employés. Trois voies s'offrent au chirurgien qui veut aborder la prostate : 1° l'urèthre ; 2° le périnée ; 3° l'hypogastre. Chaque chirurgien a employé suivant ses idées l'une ou l'autre voie, quelques-uns ont associé dans une même opération les avantages spéciaux offerts par l'une ou l'autre de ces trois voies. Nous passerons rapidement sur les procédés déjà minutieusement décrits dans la thèse de Vignard (1), qu'il faut lire, pour insister sur les procédés postérieurs à cet ouvrage.

Cette étude servira en même temps de revue historique.

1° VOIE URÉTHRALE.

C'est à Mercier, le père de la prostatotomie, que l'on doit la prostatectomie uréthrale faite pour la première fois en 1850, onze ans après la première prostatotomie

1. Vignard. Thèse Paris, 1889.

dont l'honneur est revendiqué à la fois par Mercier et Leroy d'Estiolles dans des polémiques restées fameuses.

Sommairement l'instrument n'était autre qu'une sorte de lithotriteur avec mors à emporte-pièce. On pinçait et on excisait entre ces mors une portion aussi considérable que possible. On voit les inconvénients du procédé : opération aveugle, sans règles précises ; hémorragies souvent fatales ; résultats souvent nuls ou incomplets.

Aussi n'insisterons-nous pas. Ces procédés sont tombés dans le domaine de l'histoire et comme l'a dit Poncet « il est bon de les connaître pour ne jamais avoir l'idée de les employer. »

Je n'ajouterai qu'un mot au sujet du procédé de Bottini : même technique, même instrument dont les branches coupantes sont remplacées par des branches galvano-caustiques. Des statistiques heureuses ont été publiées mais nous croyons que cet autre procédé aveugle doit céder le pas aux opérations réglées dignes des progrès de la chirurgie moderne.

2° VOIE PÉRITONÉALE.

L'enlèvement complet de la prostate par le périnée n'est pas anatomiquement impossible. Vignard en rapporte un exemple dans sa thèse, Kuchler, Bilroth, Demarquay, Spanton, Harisson, Lesrink, Czerny, cités par Lagoutte, l'ont pratiqué pour des tumeurs malignes.

Mais nous ne croyons pas qu'un traumatisme de cette importance et de cette gravité puisse être risqué quand il s'agit d'hypertrophie simple de la prostate.

La dernière de ces opérations est celle proposée par *Zuckerlandt* pour l'extirpation totale de la prostate. Il conseille de la faire en séparant d'abord la glande du rectum et ensuite, par dissection, de la vessie, à l'aide d'une incision en croix allant à travers le périnée d'une tubérosité de l'ischion à l'autre. Cette opération n'a pas été que je sache exécutée. J'ai voulu la citer; mais je ne crois pas qu'elle soit plus indiquée contre l'hypertrophie de la prostate, que les opérations totales tentées par divers auteurs.

En tant qu'opération la prostatectomie périnéale n'a jamais ou presque jamais été faite de propos délibéré, réserve faite pour le procédé de Dittel que nous allons retrouver tout à l'heure.

Cabot, de Boston, a fait un certain nombre de prostatectomies périnéales. Voici sa technique et ce qu'il pense de l'opération.

« La prostatectomie périnéale est applicable à ces cas où il y a peu ou presque pas d'hypertrophie latérale et où l'hypertrophie médiane est simplement une barre ou un petit lobe. L'état de la prostate peut généralement être approximativement déterminé d'avance par le toucher rectal et l'exploration de la vessie au moyen d'une sonde courte à bec recourbé, ce qui détermine le choix du mode d'opération. S'il y a un lobe moyen pédiculé il peut parfois être entouré par une anse de fil de fer passé à l'aide de l'index gauche et tenu par lui en position tandis qu'un aide serre ce fil; s'il y a une bride au col de la vessie l'excision d'un V ou d'un U à la partie médiane ouvrira ordinairement un conduit net dans la vessie. Ces incisions

peuvent être faites avec un bistouri très effilé ou un galvano-cautère ou avec des instruments spéciaux appelés prostatotomes ».

Keyes a une pratique à peu près identique.

Quelques autres chirurgiens encore ont effectué la prostatotomie périnéale ; pour tous l'opération revient à ouvrir l'urèthre membraneux par une uréthrotomie externe, à inciser la prostate sur la ligne médiane comme s'il s'agissait d'une simple prostatotomie, à explorer la vessie avec le doigt et à enlever, soit au bistouri, soit au thermo ou au galvano-cautère, soit à l'aide d'instruments spéciaux une portion aussi considérable que possible de la prostate.

La grande raison invoquée en faveur de cette opération c'est sa faible mortalité, mais ce n'est là qu'une apparence, la prostatectomie sus-pubienne ayant toujours été pratiquée dans les cas graves. Par contre, tous les chirurgiens sont d'accord pour considérer qu'elle ne peut être utile que contre les petites hypertrophies limitées.

Procédé de Dittel. — Toute autre est la prostatectomie périnéale suivant le procédé de Dittel.

Partant de cette idée que l'hypertrophie des lobes latéraux et non celle du lobe médian, que les obstacles de la traverse prostatique et non ceux du pourtour du col vésical, sont la cause presque constante de la rétention des prostatiques, Dittel a imaginé un procédé opératoire fait pour agir sur les lobes latéraux et ménageant l'ouverture de la vessie.

Voici sa technique (1) :

1. Dittel. *Wiener. Klin. Wochens.* Vienne, 1890.

1° Placer un cathéter dans l'urèthre de façon à ce que celui-ci puisse être facilement senti et protégé contre le bistouri.

2° Bourrer le rectum avec de la gaze en sorte qu'il puisse être plus aisément évité.

3° Du haut du coccyx, le malade étant couché sur son ventre avec ses jambes pendantes, faire une incision médiane jusqu'au sphincter de l'anus, qui contourne alors ce sphincter pour finir au niveau du raphé.

4° Disséquer en réclinant le rectum et mettre à nu la prostate.

5° Arrêter l'hémorrhagie et rendre la blessure aseptique.

6° Couper et enlever une quantité aussi grande que possible des lobes prostatiques hypertrophiés en laissant seulement une petite quantité de substance pour protéger le canal.

7° Arrêter l'hémorrhagie, fermer et drainer.

Le bout du sacrum peut être enlevé dans une opération qui nécessite beaucoup de jour.

Si le lobe du milieu est également large il peut être enlevé plus tard pour la méthode *supra pubis*.

L'opération fut d'abord réglée sur le cadavre et fut pratiquée sur le vivant par Küster et Max Schede. Tous deux prétendent en avoir tiré un bon résultat et sur cinq opérations on n'aurait qu'un seul mort.

Cette opération a cet avantage qu'elle est parfaitement réglée où l'avance et que rien n'est laissé au hasard. Toutefois elle ne peut rien contre les saillies intra-vésicales, qui sont le plus souvent cause des rétentions et surtout

des accidents du début. Dans le cas où il s'agirait d'une traversée prostatique très accidentée ou d'une hypertrophie seule des lobes latéraux nous croyons que c'est une opération bonne à tenter et qui peut donner des résultats.

Mais nous allons voir qu'avec la prostatectomie sus-pubienne on peut souvent enlever une portion aussi grande de la masse prostatique qu'avec le procédé de Dittel.

3^e VOIE SUS-PUBIENNE.

De toutes les routes celle qui a le plus tenté les chirurgiens, celle à qui l'on doit les plus heureux résultats et sur qui la plus vaste expérience est acquise, c'est la voie sus-pubienne.

C'est Amussat qui le premier en 1827 au cours d'une taille pour pierre fit la première prostatectomie sus-pubienne en excisant avec des ciseaux courbés une petite saillie prostatique.

Depuis longtemps déjà l'ouverture sus-pubienne de la vessie était bien réglée, considérée comme presque sans dangers, et pratiquée souvent pour l'extraction de calculs vésicaux. Depuis 1560 époque où Franco la fit pour la première fois à Lausanne et où Jean Doot, un bottier d'Amsterdam, avait pu impunément s'ouvrir lui-même la vessie avec un tranchet et vivre encore de nombreuses années, du chemin avait été fait. Dès 1581 Rousset avait eu l'idée d'élever la vessie en la remplissant d'eau ; en

N. B. — Une partie de cet aperçu historique est dû à un article déjà cité de Cabot.

1686 Piètre arriva au même résultat en la soulevant avec une sonde ingénieuse, une longue sonde recourbée, armée d'une pointe en flèche qui pouvait être projetée de sa gaine. Après les incisions préliminaires la pointe de l'instrument remontait le long de la paroi antérieure de la vessie au-dessus de la symphyse et la perçait de sondard qui alors servait de guide pour arriver à l'organe.

On ne parle plus beaucoup de l'opération entre 1650 et 1750. A cette époque elle fut ressuscitée par Douglas et Cheselden en Angleterre, après quoi elle devint relativement populaire et s'étendit à l'Allemagne et à la France où elle fut exécutée par le frère Cosme qui en 1799 avait fait l'opération 100 fois avec 19 décès seulement ; ce qu'n'est pas mal quand nous songeons à l'absence d'aseptie !

Dans notre siècle nous trouvons la cystotomie sus-pubienne entre les mains de nombreux chirurgiens : Dupuytren, Souberbielle, Sir Edward Home, Leroy d'Etiolles, Nélaton, Civiale. Mais entre 1840 et 1880 l'opération perdit du terrain à cause de l'introduction de la lithotritie par Civiale.

En 1880, elle fut remise en honneur par Petersen qui trouva un bon moyen d'éviter le traumatisme du pli péritonéal recouvrant la surface antérieure de la vessie. Cette blessure avait été un des principaux dangers de l'opération jusque-là. Il proposa de soulever la vessie au-dessus de la symphyse en la remplissant d'eau et en distendant un ballon introduit dans le rectum. Ce procédé associé aux méthodes aseptiques modernes fit baisser la mortalité à tel point que l'opération sus-pubienne reprit sa place parmi les procédés chirurgicaux favoris.

Aujourd'hui la position de Trendelenbourg a fait rejeter par beaucoup le ballon de Petersen, mais c'est à cet appareil que restent dues la vogue et l'innocuité moderne de la cystotomie.

Cette facilité nouvelle d'ouvrir la vessie par voie sus-pubienne fit songer à attaquer la prostate de ce côté pour pratiquer la prostatectomie ; Mac-Gill, Dittel, Schmidt, Kümmel furent parmi les premiers

Dès 1890, Vignard put rassembler dans sa thèse 22 observations de prostatectomie sus-pubienne.

Depuis, les opérations se sont multipliées. Belfield a pu fournir une statistique de 133 cas, Mansell Moullin une autre de 94 cas ; Mac-Gill, en 1889 rapporte 33 cas, Keyes cite 12 cas, Trendelenbourg 5 cas, Wishard 12 cas de prostatectomie sus-pubienne, et c'est par centaines qu'on pourrait recueillir des cas isolés différents dans la littérature médicale de ces dernières années avant l'apparition de la castration.

Je ne veux pas m'arrêter longuement sur les procédés opératoires qui diffèrent avec chaque auteur et qui par surcroît se trouvent modifiés avec chaque cas.

Enlèvera-t-on par le même procédé, une saillie du lobe moyen, une hypertrophie en collier, une hypertrophie en fer à cheval, un lobe droit, un lobe gauche ; emploiera-t-on les mêmes procédés pour une grosse hypertrophie que pour une petite ? Je passerai en revue ce que quelques auteurs ont fait dans des cas spéciaux pour qu'on puisse en tirer quelques lignes de conduite le cas échéant, insistant seulement sur les procédés particulière-

ment intéressants ou sur ceux qui ont donné des résultats particulièrement heureux.

Dans le chapitre suivant je tâcherai de régler une technique opératoire facilement modifiable suivant les exigences des cas.

Une fois la vessie ouverte et soulevée ou non par le ballon de Petersen, voici ce que l'on a fait jusqu'à ce jour.

Mac-Gill, Attkinson, Mayo-Robson se contentent d'enlever d'un simple coup de ciseau les lobes moyens bien pédiculés.

Kümmel, Smidt, Guyon, que la tumeur soit pédiculée ou sessile, préfèrent l'enlever au thermo ou au galvano-cautère.

Dittel et Watson se sont servis l'un de l'écraseur, l'autre du serre-nœud.

Dans les hypertrophies en collier, *Mac-Gill* sépare ce collier en deux parties par une incision et enlève au bistouri ou énuclée séparément si c'est possible chacune des deux moitiés jusqu'à ce que l'index puisse être introduit dans l'urèthre.

Brown préfère enlever les saillies par torsion et morcellement.

En résumé : régularisation de la surface vésicale en énucléant les masses si possible, en les incisant au ciseau ou avec des pinces spéciales, si l'énucléation ne peut pas se faire.

Depuis Vignard, qui a consigné dans sa thèse tous ces procédés, d'autres modes nombreux d'action se sont fait jour.

Je ne veux retenir que quelques-uns de ceux qui ont donné les statistiques les plus favorables de guérison.

Procédé de Füller (1). — Je cite ce procédé parce qu'il a fourni une série très heureuse de résultats. On trouvera, jointes à la thèse, six observations faites par ce procédé.

Malade couché sur le dos, ni position de Trendelenbourg
ballon rectal en général nécessaires.

Vessie lavée, modérément distendue avec 8 à 12 onces.

Incision supra-pubis.

L'index gauche est introduit dans la vessie pour l'explorer et trouver le col.

Dans la main droite, une paire de ciseaux à long manche, grossiers et émoussés ; les ciseaux sont glissés jusqu'à l'ouverture de l'urèthre et sont employés à couper la paroi dans cette région. La coupure s'étend depuis le bord le plus déclive de l'ouverture vésicale de l'urèthre, sur une longueur de 1 insch à 1 insch 1/2. Les lames étant grossières, peu d'hémorrhagie.

L'un des index est glissé à travers la brèche, tandis qu'en même temps le poing de l'autre main appuie fermement sur le périnée. La grosseur prostatique vient au contact du doigt, qui énuclée, soit en masse, soit morceaux par morceaux, la masse glandulaire. Füller termine l'opération en faisant une incision périnéale pour pouvoir drainer la vessie. Le tube de drainage entre dans la vessie par la partie la plus déclive de l'incision.

Jamais d'hémorrhagie grave.

1. Sus. pub., pr. de Füller (6 obs.). J. os ent. es gen ur Diseases, juin 1895.

Modification de Keyes. — Keyes, dans huit cas que nous avons groupés au nombre de nos observations, et qui étaient plutôt défavorables tant à cause du volume de l'hypertrophie que de l'atonie vésicale qui l'accompagnait, a obtenu d'excellents résultats en enlevant de grosses portions de glande hypertrophiée. Il s'agissait de grosses hypertrophies fibreuses très dures. Dans l'impossibilité où il se trouva d'énucléer avec le doigt aucune portion de ce tissu induré, il eut recours à un instrument spécial : la rugine, qui lui permit d'enlever par morceaux usqu'à plus de 300 grains de glande.

Procédé de Rochet (de Lyon). — Comme il est bien constaté que le succès de la prostatectomie tient surtout à l'enlèvement aussi parfait que possible, plusieurs chirurgiens n'ont pas hésité à abattre une partie de la muraille osseuse du bassin. Heidenreich (1) et Braum (2) ont préconisé la résection du pubis et ont publié une série de cas.

Les procédés de résection du pubis employés par ces auteurs ne diffèrent pas de ceux préconisés par M. le D^r Albarran, dans son travail sur le *Traitement opératoire des tumeurs vésicales*.

Tout autre est, le procédé de Rochet (3), dont nous donnons le *Manuel opératoire sommaire* (Vigueron). — A la résection du pubis, à la symphyséotomie, aux résections temporaires, opérations préliminaires, destinées à aborder

1. Heidenreich. *Semaine médicale*. Paris, avril 1891.

2. Braun. *Deutsch. med. zeit.* Berlin, avril 1891.

3. Rochet. *Province médicale*, juin 1895.

la base de la vessie et le prostate, l'A propose de substituer la *résection de la partie inférieure seulement de la muraille pubienne, y compris l'origine des branches descendantes*, en laissant intacte la partie supérieure du pubis. Les avantages sont : jour considérable sur la base de la vessie et la prostate; solidité du bassin. Le manuel opératoire est simple. — 1^{er} temps : incision en λ . La branche verticale suit la ligne médiane ombilico-pubienne, allant d'un travers de doigt au-dessus de la symphyse à la racine de la verge. Les branches latérales contournent cette racine obliquement en bas et en dehors en suivant les branches descendantes du pubis. — 2^e temps : Dénudation des tissus fibreux ante-symphysaires en s'arrêtant en bas au ligament sous-pubien, dont on ménage les faisceaux arciformes. La verge se trouve détachée du pubis. On dénude de même latéralement les branches descendantes et la partie la plus interne du pourtour du trou obturateur. — 3^e temps : Résection proprement dite. D'abord avec une couronne de trépan en plein pubis, puis avec le davier-gouge pour gruger l'origine des branches descendantes et morceler la partie inférieure du pubis. — 4^e temps : Variable selon qu'on s'adresse à la vessie ou la prostate découverte, la résection une fois faite. C'est une bonne voie pour arriver à la prostate, dans l'hypertrophie, par exemple. En l'espèce, le 4^e temps sera : incision au thermo-cautère, avec conducteur métallique dans l'urèthre, de toute la portion antérieure de la prostate et la paroi antérieure sous-jacente de l'urèthre prostatique. — 5^e temps : On a devant soi la face postérieure de la prostate; saisir l'extrémité supérieure de l'incision, pour ame-

ner la paroi antérieure de la vessie devant l'urèthre incisé pour remplacer la paroi antérieure absente. On fixe cette paroi vésicale dans cette position par des sutures. Les fils latéraux unissent les bords de la pièce vésicale aux bords de l'urèthre incisé. On fixe de même le sommet de la pièce au bout inférieur du canal. Les sutures sont faciles à faire. L'A espère mettre son procédé à exécution dans l'hypertrophie, et réaliser ainsi une prostatectomie efficace.

Ce procédé, comme ceux de Heidenreich et de Braun, n'a qu'une prétention : découvrir plus largement la prostate de façon à pouvoir, à la faveur d'un champ opératoire plus vaste, procéder à une ablation aussi complète que possible.

Nous pensons, pour notre part, que point n'est nécessaire d'entamer le bassin pour se donner du jour et avoir un champ opératoire suffisant. La désinsertion des muscles droits, telle que la pratique le D^r Desnos, suffit largement. Nous retrouverons cette désinsertion avec la technique opératoire que nous fixons au chapitre suivant.

4^e VOIE URÉTHRO-ABDOMINALE.

Sous ce titre nous tenons à rapporter un procédé de Tobin. Je cite ici *in extenso* une observation qui contient la description du procédé.

Observation.

(*Brit. med. Journ.*, 1891, T. 1.

J, K..., 60 ans. Admis à l'hôpital le 3 mai 1890, pour réten-

tion due à hypertrophie prostatique. Souffre depuis 11 ans, Il y a 4 ans incision exploratrice périnéale, suivie de drainage pour cystite.

Depuis un an cathétérisme avec sonde grossière pour vider la vessie. Vie très misérable. Sondage toutes les heures.

A son admission état général mauvais, escharres, urines infectées.

Opération suivante le 9 mai.

Cystotomie sus-pubienne. Lobe gauche et médian saillants faisant un relief d'un pouce et entourant les $\frac{2}{3}$ de l'orifice urétral ; les deux lobes qui semblaient confondus étaient séparés par un sillon profond. Pour les abraser on se servit d'un écraseur improvisé de la façon suivante :

Un fil de métal doublé, et auquel on avait donné une courbe convenable, fut passé à travers l'urèthre jusque dans la vessie. Un catheter d'argent fut alors glissé le long de ce fil, mais son extrémité au lieu d'être introduite dans la vessie fut amenée à buter contre la tumeur. Alors le double fil introduit dans la vessie fut ouvert en boucle et glissé par dessus le lobe médian ; il fut maintenu à sa base à l'aide de deux doigts passés par l'incision abdominale. Tandis que le fil servait à couper la partie qu'il entourait, les doigts aidés par la pointe du catheter qui était abaissé, réglaient sa direction jusqu'à l'endroit qu'il devait approcher. Je fus surpris du peu de résistance qui s'opposa à la pénétration du fil. Comme le lobe latéral n'avait pas une forme lui permettant d'être entouré par le fil il fut nécessaire de le diviser en deux en le coupant profondément avec des ciseaux. Chaque moitié fut alors enlevée par le même procédé que pour le lobe médian.

La surface obtenue après l'abrasion était lisse et en pente

douce vers l'urèthre. Peu ou pas d'hémorrhagie. Un nettoyage abondant avec une lotion chaude d'acide borique et un rapprochement partiel des bords de la plaie terminèrent l'opération. Le mauvais état du patient ne permettait pas de penser à une réunion par première intention.

Il se forma un clapier dans le tissu cellulaire du voisinage de l'incision abdominale ; il se produisit une augmentation des douleurs au lit, notées lors de son admission ; un délire urémique agita l'opéré pendant dix jours ; urines très albumineuses.

Malgré ces complications le malade arriva à une bonne guérison.

La plupart de son urine passait à travers un tube en caoutchouc jusqu'à un urinal placé à côté de son lit. L'urine qui découlait de la plaie était absorbée par des coussins en tourbe placés sous le malade. Un mélange diaphorétique contenant de l'acétate d'ammoniaque, du nitrate de potasse et de l'éther nitrique, eut une favorable influence sur son état urémique. On répandait le mélange autour de lui.

Quelques jours après l'opération le tube fut enlevé de l'ouverture abdominale et une sonde placée à demeure dans l'urèthre.

Le 16 juin. — Le malade se leva et quelques jours après, (sept semaines après l'opération), il pouvait uriner comme à 16 ans. La vessie contient 1 1/2 pinte d'urine qui sort par les voies naturelles sans peine ni difficulté.

Les masses enlevées, constituaient trois blocs chacun du volume d'une petite noix. M. Paltesson qui les a examinées au microscope les a trouvées constituées par du tissu prostatique hypertrophié.

En novembre 1890. — Six mois après, la miction se fait bien et la capacité augmente avec le temps. L'état général s'est très amélioré.

Et Tobin ajoute.

La méthode de résection de la glande de la prostate que l'on vient d'expliquer a, je pense, les avantages suivants :

1° On enlève simplement la partie de la glande qui empêche la sortie de l'urine.

2° La portion qui ferme l'urèthre est enlevée d'une façon satisfaisante car le fil coupe complètement jusqu'au point où l'instrument a été arrêté par l'obstruction.

3° Une surface unie s'inclinant dans l'urèthre résulte de l'opération et remplace la surface rugueuse qui suit l'enlèvement de la glande aux forceps.

4° Il y a très peu d'hémorrhagie.

5° VOIE PÉRINÉO-ABDOMINALE.

Plusieurs chirurgiens ont eu l'idée d'associer les avantages de la méthode sus-pubienne à ceux de la méthode périnéale. Je ne veux pas insister sur la simple jonction de deux procédés ; on s' imagine facilement ce que peut être une pareille opération.

Mais je tiens à résumer la méthode de Nicoll (1) qui offre des dispositions particulières.

Afin d'éviter les lacérations de la muqueuse du col. Nicoll, de Glasgow, recommande le procédé suivant,

1. Nicoll. *Lancet*. London, 1894.

Il fait une incision supra-pubienne de la vessie et fixe les parois vésicales deux côtés correspondants de la peau. Il fait alors une incision médiane et périnéale à travers la capsule prostatique, sans intéresser l'urèthre ou le col. Avec une main passée par l'ouverture supra-pubienne il presse *de haut en bas* la grosseur prostatique de façon à pouvoir l'amener à portée de l'index de l'autre main introduit à travers l'ouverture périnéale. Le doigt périnéal fait sortir graduellement la tumeur. Si cette dernière est trop fibreuse pour être enlevée par le doigt, on doit recourir à un instrument tel que la pince coupante. Au cas où l'incision médiane ne donnerait pas assez de jour sur la région prostatique on pourra faire des incisions latérales comme dans le procédé de Von Dittel. On ne retire la main vésicale que lorsque toute l'obstruction a été enlevée.

Reste à prendre parti maintenant entre le périnée et la voie sus-pubienne adoptée par presque tous les chirurgiens américains.

Nous allons passer en revue tous les avantages de la voie sus-pubienne pour justifier notre propre préférence à son égard, puis nous tâcherons de bien préciser la technique opératoire que nous croyons la meilleure et à l'aide de laquelle ont été opérés les cas inédits que nous devons à l'obligeance de M. le Dr Desnos notre maître, que nous avons assisté dans ses opérations.

VI

Supériorité de la voie sus-pubienne.

Technique préconisée.

On verra que dans toutes nos observations inédites c'est à la prostatectomie sus-pubienne qu'il a été fait appel, sauf dans un cas que nous avons rapporté parce qu'il offrait un exemple de dégénérescence maligne à la suite d'une intervention insignifiante sur l'organe.

Pourquoi adopter de préférence cette voie ?

La réponse pourrait être facile et il nous suffirait peut-être de dire, pour justifier notre choix, que l'expérience des chirurgiens qui ont pratiqué en grand la prostatectomie les a tous amenés à conclure en faveur de la sus-pubienne qui, après avoir paru inférieure, a donné de meilleurs résultats que l'intervention périnéale.

Cabot (1) n'a pas hésité à dire que la prostatectomie sus-pubienne, peut-être plus grave, donnait 30 0/0 de meilleurs résultats que tous les autres procédés pourvu que l'opération entreprise fut complète.

Mais en France, où les interventions radicales pour la cure des accidents du prostatisme ne furent jamais fort en honneur, on est arrivé à d'autres conclusions, et Vignard,

1. Cabot. *Boston M. A. S. Journ.* 1895.

il y a déjà longtemps il est vrai mais il est le seul qui ait écrit un travail important sur la question, Vignard conclut à la supériorité de la voie périnéale et à la simple prostatotomie.

Pourquoi? parce qu'à cette époque on avait prostatotomisé simplement par le périnée les cas légers d'où d'heureux résultats et parce qu'une plus grande mortalité venait à l'encontre de la prostatectomie par voie sus-pubienne dans la statistique de Belfield.

Nous avons dit ce que nous pensions de ce pourcentage de mort, qui a pesé assez lourdement chez nous sur la prostatectomie sus-pubienne.

Depuis les statistiques ont un taux de mortalité bien inférieur aux 16 et 25 0/0 des premières séries.

M. le Dr Desnos a pu faire 22 opérations et ne compte que deux morts, dont l'une fut due à des accidents infectieux préexistants, l'autre subite et inexpiquée.

La gravité de l'opération existe peu à notre avis; mais nos préférences pour la voie sus-pubienne ont d'autres fondements que sa relative innocuité.

Nous la préférons parce que nous la croyons capable de répondre à tous les cas, avantage que nous refusons aux autres méthodes de prostatectomie.

Nous ne pouvons pas envisager tous les cas qui peuvent se présenter puisque ces cas varient à l'infini avec les individus. Rappelons que dans la statistique des recherches faites par nous sur 91 cadavres, dont 64 furent trouvés porteurs de déformations prostatiques, le lobe moyen, seul ou associé à d'autres déformations, les barres prostatiques, les luettes forment un total de 32, soit 50 0/0

des cas observés ; rappelons que Watson a trouvé un lobe médian dans $\frac{1}{3}$ des cas, que Fenwick l'a rencontré dans 90 0/0 des cas qu'il a observés, que Belfield l'a noté dans 50,1 0/0 des cas, qu'Hutchinson ne peut consentir à voir une autre cause que lui a la rétention. Citons ces lignes de Browne (1). « L'hypertrophie peut être :
« 1° intra-vésicale, 2° extra-vésicale, 3° intra et extra-vésicale. C'est la grosseur intra-vésicale qui est surtout
« cause du trouble de la miction ; elle se projette dans la
« vessie, surmontée de l'orifice du col et parfois grosse
« comme un œuf. Elle peut ou non enserrer tout à fait
« l'urèthre. Dans quelques autres cas le lobe médian seul
« forme clapet et rend le cathétérisme indispensable ;
« mais dans les cas où les lobes moyens sont aussi hypertrophiés, le lobe médian s'hypertrophie aussi et s'associe aux hypertrophies latérales ». Ajoutons que dans toutes nos observations inédites et dans l'immense majorité des cas recueillis à l'étranger que nous avons cités, l'hypertrophie du lobe moyen se trouve signalée. Par ce seul fait nous posséderons une raison sérieuse de conseiller la prostatectomie sus-pubienne qui est la façon la plus directe de s'attaquer à la cause du mal dans plus de la moitié des cas.

Nous avons une raison à donner, autre que le résultat des recherches cadavériques et que la statistique des constatations anatomiques sur les opérés.

Dans notre pratique, à la clinique de M. le Dr Desnos, nous avons eu l'occasion de sonder un grand nombre de

1. Browne. *Britt. méd. Journal*, mars 1893.

prostatiques. Tous ceux qui ont l'habitude du sondage savent avec quelle netteté on peut s'imaginer, rien qu'aux sensations perçues, la forme d'une région prostatique que traverse le bec d'une bécuille. Eh bien dans la majorité des cas nous avons constaté que l'obstacle, médian ou non, siégeait beaucoup plus près du col vésical que de la portion membraneuse ; bien souvent, le plus souvent, devrai-je dire, dans les cas d'obstacle appréciable c'est au col même que se faisait sentir l'obstruction.

En vue de cette thèse nous avons comparé la longueur de la prostate au toucher rectal, à celle que révélait la traversée prostatique d'une sonde. Dans la majorité des cas cette dernière l'emportait en raison d'une saillie intra-vésicale médiane ou non, inappréciable par le toucher rectal. Le plus souvent il y avait saillie médiane.

Comment ne pas être poussé par de tels faits, à préférer la prostatectomie sus-pubienne aux autres.

La cystoscopie elle aussi est venue apporter sa contribution en permettant de se rendre compte « *de visu* » en même temps que de l'état des pourtours du col, de l'intégrité de la vessie. Disons de suite que ce mode d'exploration considéré comme très dangereux par quelques auteurs nous paraît inoffensif. Nitze cystoscopise presque tous ses malades, et nous n'avons jamais eu à enregistrer aucun accident après la cystoscopie. Que nous a-t-elle montré : souvent de petits obstacles cause de tout ce mal, de petites barres musculaires, de petites surelevures entraînant à leur suite les premiers accidents du prostatisme chez des hommes à vessie vigoureuse ; presque toujours des saillies intra-vésicales entourant plus ou moins le col.

Quand un mode d'investigation aussi précis, irréfutable, donne de tels résultats, comment je le répète ne pas préférer l'ouverture supra-pubienne de la vessie qui mène sur le mal lui-même ?

Mais dira-t-on la cystoscopie n'est pas toujours possible, le sang peut voiler le champ, l'instrument à cause de sa forme peut ne pas passer.

Eh bien je vais mettre les choses au pire : admettons qu'aucun instrument ne puisse passer et qu'on ne puisse préciser d'une façon exacte le siège de l'obstacle. Je dis encore, qu'une fois la prostatectomie décidée, c'est à la voie sus-pubienne qu'il faudra recourir. Je le dis parce que le plus souvent on trouvera des saillies intra-vésicales qu'il sera de toute nécessité d'énucléer ; parce qu'en admettant qu'on ne trouve aucun relief dans la vessie, Füller et Keyes ont démontré par leur pratique que par en haut on peut enlever les fractions les plus importantes de prostate ; parce que, si l'on ne veut point entamer la muqueuse vésicale au pourtour du col on aura fait le premier temps de l'opération combinée de Nicoll que je crois supérieure à tous les procédés purs de prostatectomie périnéale, voir même celui de Dittel.

Il y aura donc toujours avantage à tenter d'attaquer la prostate par la voie haute et cela d'autant mieux que si la vessie est infectée ou douloureuse on pourra à l'aide du drainage, par le tube de Guyon laissé plus longtemps en place, donner aux malades tous les avantages sédatifs de la cystostomie.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE PRÉCONISÉE.

Avec quelques modifications (1) cette technique opératoire est celle qu'en définitive a adoptée notre maître M. le D^r Desnos. A peu de chose près c'est ainsi qu'il a opéré ses derniers cas de prostatectomie.

1° Le malade est endormi toujours au chloroforme, tant pour éviter les congestions pulmonaires post-opératoires fréquentes à la suite de l'éthérisation chez les gens avancés en âge, que pour éviter l'action néfaste de l'éther sur la sécrétion urinaire. Cette action a été notée par presque tous les chirurgiens américains.

2° Toutes les précautions d'asepsie prises, et le malade une fois rasé, on le place sur un lit capable de donner la position de Trendelenbourg.

3° On introduit par l'urèthre, si possible une sonde métallique à grande courbure, une sonde béquille de moyen volume si l'instrument de métal n'a pas pu être introduit. On lave la vessie à grande eau à l'aide d'une solution boriquée à suturation. Après avoir rendu sonde et pénis solidaires à l'aide d'un lien élastique serré sur le pénis on remplit la vessie d'eau jusqu'à sensation de plénitude et on bouche la sonde avec un fausset.

4° A ce moment on place le malade dans la position de Trendelenbourg pour commencer l'opération. Nous avons renoncé à l'usage du ballon de Petersen. D'une part, la position renversée entraîne la vessie en haut d'une façon

1. Ces modifications ont porté sur les façons différentes dont nous croyons devoir attaquer les saillies prostatiques (10^e temps).

suffisante pour dégager le péritoine dans une plus large mesure que le ballon ; d'autre part la désinsertion des droits due à M. le Dr Desnos, permet d'aborder assez facilement la prostate pour qu'il ne soit pas nécessaire de déplacer ses rapports normaux par l'introduction d'un corps étranger dans le rectum.

5° Incision de la peau sur la ligne médiane, suivant l'axe du corps, incision commençant deux travers de doigts environs au-dessus de la symphyse pour remonter de 0,10 centimètres vers l'ombilic. Nous avons renoncé à l'incision transversale de Trendelenbourg ; nous l'avons vue employer une fois : comme dans de nombreux cas cités elle a laissé une éventration. Elle n'a qu'un avantage : donner un très grand jour et la désinsertion des droits donne un jour aussi considérable.

Le tissu cellulaire et l'aponévrose musculaire des droits sont incisés ensuite.

6° *Petite* incision des muscles droits (de quoi passer un doigt) dans l'angle symphysien de la plaie. Introduire l'index dans cette incision et avec lui séparer les deux muscles en suivant la ligne blanche jusqu'à l'angle supérieur de la plaie. Sans adhérences invraisemblables il n'y a ainsi aucun moyen de léser le péritoine si le doigt agit avec douceur.

7° On se trouve en présence de la graisse jaune prévéscicale que l'on repousse avec les doigts vers l'angle supérieur de la plaie, pour la séparer de la vessie et découvrir cet organe. Des adhérences dues à la pericystite fréquente chez les vieux prostatiques, apportent souvent un certain obstacle au facile décollement de la couche

graisseuse : c'est plus que jamais le cas d'agir avec la plus grande douceur. Le décollement opéré un aide maintient fixe graisse et péritoine dans l'angle supérieur et même sous cet angle.

8° Après avoir séparé avec le doigt la vessie du pubis et avoir protégé cette dernière avec une lame métallique contre des échappées de la rugine on procède alors à la désinsertion des droits. Je ne puis mieux faire ici que de citer la communication faite à ce sujet au congrès d'urologie par le D^r Desnos : elle donne la technique et les avantages de ce temps de l'opération (1) :

« Je pratique l'incision longitudinale ordinaire, mais je la prolonge en bas, jusqu'à un centimètre de la racine de la verge ; je sectionne les parties molles jusqu'à la symphyse, y compris l'entre-croisement des fibres tendineuses du pyramidal. Puis la ligne blanche étant divisée, je passe mon doigt dans cet interstice pour reconnaître le bord de la symphyse et la face postéro-inférieure de la paroi. Je reprends alors l'incision m'édiane au-devant de la symphyse jusqu'à son bord supérieur et à l'aide d'un fort bistouri j'incise les fibres tendineuses et le périoste sur le bord supérieur du pubis, sur une longueur d'un centimètre et demi à droite et à gauche de la symphyse. A l'aide d'une rugine droite ou coudée sur le plat, je procède au décollement du périoste et des insertions tendi-

1. Congrès d'urologie (*Compte-Rendus*), Paris, 1895.

N.-B. — Notre intention était de joindre à la description les reproductions phototypiques de deux clichés représentant l'ouverture vésicale avant et après la désinsertion des droits. Nous n'avons pu avoir les épreuves en temps voulu.

neuses, au niveau de la face antérieure du pubis : les muscles s'écartent d'eux-mêmes et toute la face antérieure de la vessie apparaît à découvert.

L'opération terminée, la réparation se fait de la manière la plus simple ; il suffit de rapprocher les deux masses fibro-périostiques désinsérées à l'aide d'un fil de soie ou de gros catgut ; deux points suffisent ; la masse musculaire est suturée comme d'habitude. L'accolement se produit toujours et dans aucun cas la guérison ne m'a paru retardée.

Je n'ai jamais eu à constater un accident dû à ce procédé ; et la paroi abdominale a toujours été reconstituée d'une façon parfaite ; en particulier chez un malade qui avait eu, après une opération, des vomissements incoercibles pendant quarante-huit heures, le rapprochement était resté exact et la solidité de la paroi ne laissait ultérieurement rien à désirer. Dans deux autres cas où de l'urine s'était épanchée par la plaie hypogastrique de la vessie, la réunion n'a pas manqué. Enfin tous les malades que j'ai suivis depuis, — et chez l'un d'eux l'opération remonte à trois ans, — la solidité de la paroi ne s'est jamais démentie.

9. — Ouverture de la vessie au bistouri en allant de l'ombilic vers le pubis ; saisir les lèvres vésicales avec deux pinces de Museux, que l'on remplace aussitôt par un fil de soie selon le conseil du professeur Guyon.

10. — On explore alors la vessie et du doigt et de l'œil pour savoir ce que l'on va devoir faire car à ce moment de l'opération on doit être forcément électique.

Voici ce que nous ferions dans les cas les plus fréquents.

Y a-t-il barre. Enlèvement large et profond d'un coin en forme de V.

Y a-t-il un petit lobe pédiculé médian. Abrasion de ce lobe d'un coup de ciseaux courbes puis excision en V de même nature.

Y a-t-il un lobe médian sessile. Incision de la muqueuse vésicale partant de l'orifice de l'urèthre et se prolongeant directement en arrière de façon suffisante pour porter sur presque toute l'étendue antéro-postérieure du lobe. Décollement de cette muqueuse et énucléation du lobe au doigt ; si cette énucléation est impossible, morcellement sous-muqueux du tissu prostatique à la pince-curette pour en extraire la plus grande portion possible.

Y a-t-il un lobe latéral. Incision de la muqueuse d'avant en arrière sur toute l'étendue de la saillie du lobe et énucléation ou morcellement de ce lobe comme ci-dessus.

Y a-t-il deux lobes saillants. — Agir comme ci-dessus pour chacun séparément.

Y a-t-il saillie des trois lobes. — Incision curviligne sur une étendue suffisante et concentrique à l'orifice de l'urèthre. Enucléation ou morcellement.

Il n'y a pas de saillie appréciable, la prostate est grosse en masse. — Opération de Nicoll.

Dans tous ses cas, M. le Dr Desnos a fait une ou plusieurs excisions cunéiformes pour aplanir le pourtour du col vésical.

Je le répète ce ne sont là que des données générales modifiables suivant les cas.

J'ajouterai :

1° Qu'il nous paraît bon de laisser une sonde dans l'urèthre pour ne pas être exposé à le léser ;

2° Que le doigt doit agir de préférence pour énucléer, car la prostate saigne en général beaucoup tant qu'on y touche et le sang masque la vue. Cette énucléation est souvent chose facile au dire des chirurgiens américains (V. Observ.).

3° Que si on doit se résoudre à l'emploi de la pince curette il est bon d'avoir des éponges montées pour tamponner de temps à autre. Ce tamponnement permettra de se rendre compte du travail car il arrête la plus part du temps l'hémorrhagie, à moins de grosses sources qu'il permettra de voir et pincer pour les lier ensuite. On devra avoir aussi avoir dans le même but de l'eau très chaude à sa disposition ; à la rigueur on pourrait faire avec elle de l'irrigation continue par la sonde restée dans le canal.

4° Que si l'emploi de la pince coupante est nécessaire on agira prudemment en tenant un doigt dans le rectum pendant le morcellement tant pour soulever la prostate que pour éviter l'intestin.

11. — Ligatures nécessaires au catgut. Suture au catgut des deux lèvres vésicales sus prostatiques après en avoir réséqué un lambeau s'il est nécessaire. Faire la suture soigneusement c'est le meilleur moyen d'arrêter l'hémorrhagie. On pourra si l'on veut suturer ainsi que Tuffier l'a fait dans l'observation jointe à la thèse.

12. — Placer à demeure une sonde de Pezzer pour assurer l'évacuation de l'urine. Fermer ou non vessie et plaie hypogastrique suivant les cas,

Doit-on suturer la vessie? — Cette question se pose au sujet du dernier temps de l'opération.

Oui ou non à notre avis suivant les cas. On doit à M. le professeur Guyon cet aphorisme resté classique à juste titre « la suture vésicale sera hermétique ou ne sera pas ».

Lorsque la vessie est épaisse et que l'urine est aseptique nous croyons qu'il y a avantage à suturer la vessie à l'aide de la suture de Lembert pour activer la guérison. Etant donné le drainage parfait effectué par la sonde de Pezzier nous croyons qu'une pareille suture sera pratiquement étanche. Les points resteront dans l'épaisseur de la paroi si possible; si non en employant le catgut ils pourront traverser la paroi et on n'aura guère à craindre leur incrustation saline. On pourra laisser un drain au-dessus de la suture vésicale, suivant le conseil de Pozzi, jusqu'à ce qu'on soit assuré de l'étanchéité de la suture. La suture vésicale faite on réunira par étages muscles et peau. On a rapporté de nombreux cas de réunion par première intention la réunion, était en général parfaite du septième au dixième jour. Dans plusieurs de nos observations on verra l'heureux succès de la suture vésicale, notamment dans l'observation de Tuffier (1).

Mais où je ne suis plus d'avis qu'il faut fermer la vessie et rechercher une réunion immédiate c'est lorsque l'urine est infectée, lorsque la vessie a des parois trop minces, lorsqu'elle est douloureuse. Inutile de dire que la

1. Dellefosse. *Suture vésicale*. Ann. Gén. ur., Paris, 1890. Thompson (Dorpat). *Suture vésicale*. Arch. für Klin. Chirurgie, 1890.

suture est impossible lorsque l'hémorrhagie persiste ou lorsque le simple suintement du sang est tant soit peu abondant.

Dans ces cas nous croyons qu'il faut, en outre de la sonde de Pezzer, placer les tubes de Guyon dans la plaie hypogastrique pour drainer la vessie et ne la laisser se fermer qu'à bon escient. Les urines sont-elles septiques, elles trouveront de larges voies d'évacuation et l'infection générale se trouvera repoussée presque sûrement; la vessie est-elle douloureuse, elle subira tous les bons effets sédatifs d'une cystostomie; est-elle trop mince elle ne courra pas le risque d'être lacérée; l'hémorrhagie paraît-elle inquiétante, des pinces à demeure pourront être laissées, ou le tamponnement effectué; l'hémorrhagie est-elle insidieuse, la vessie ne pourra pas se remplir de caillots.

Les tubes de Guyon une fois placés on les fixera à la peau à l'aide d'un crin puis, après s'être assuré de leur bon fonctionnement, on suturera toute la partie de la plaie vésicale, musculaire et cutanée, inutile à leur libre passage.

Soins consécutifs.

A. — *La vessie est suturée la réunion par première intention cherchée.* Pansement aseptique. On se bornera à surveiller pour parer à l'infiltration possible qui se traduit par une rougeur, une tension de la peau et une augmentation de la température. Dans ce cas faire sauter les points de suture cutanés. Si aucune complication n'intervient on enlève le drain au troisième ou quatrième jour

et les points de suture du septième au dixième jour. On laisse la sonde de Pezzer 5 à 6 jours encore pour ne pas imposer d'efforts prématurés à des parois nouvellement reconstituées.

B. — *Un tube Guyon est laissé.* — Pansement antiseptique au salol ou à l'iodoforme selon que l'urine n'est pas ou est infectée. Il n'y a pas de règles précises quant au moment où les tubes doivent être enlevés. On pourra dans une certaine mesure se baser sur les principes généraux suivants : S'ils ont été laissés pour hémorrhagie ils sont inutiles dès que les urines ne sont plus teintées ; s'ils ont été placés pour combattre l'infection des urines on devra attendre qu'une barrière cohérente de bourgeons charnus soit venue s'interposer entre les germes et l'organisme ; s'ils ont été placés pour obtenir la sédation d'une vessie douloureuse ils devront demeurer en place le plus longtemps possible, de deux à trois semaines environ, parfois davantage.

Les tubes enlevés on attendra avec patience la fermeture vésicale par bourgeonnement en désinfectant quotidiennement la vessie à l'aide de lavages boricés et de lavages nitrates plus espacés poussés par la sonde de Pezzer. Cette dernière ne sera retirée que plusieurs jours après l'obturation complète de la plaie hypogastrique ; on la surveillera et la changera toutes les fois qu'elle sera par trop encombrée par les dépôts phosphatiques de l'urine.

Soins à longue distance. Hygiène des opérés.

Notre intention n'est pas d'exposer ici par le détail les soins que demandent les prostatiques après leur opération. Ces soins ne diffèrent en rien de ceux que l'on doit aux malades atteints de prostatisme et qui n'ont pas subi d'intervention sanglante.

M. le Dr Guyon en a fixé les règles précises.

Nous tenons à affirmer seulement, que la prostatectomie n'ayant pas la prétention de posséder des vertus surnaturelles, son action bienfaisante devra être favorisée et secondée dans l'extrême limite.

Après elle, il reste encore des vessies à désinfecter, des tonicités musculaires à aider; nous ne pourrions pas écouter sérieusement ceux qui demanderaient à l'opération une action immédiate et définitive. Que d'opérations considérées comme bonnes à qui on n'a pas demandé tant de miracles qu'à la prostatectomie.

L'opéré devra par la suite se sonder encore avec régularité jusqu'à ce qu'il soit fixé sur la valeur exacte de la guérison ou de l'amélioration obtenue. La vessie était-elle infectée, il devra la laver avec soin aux antiseptiques : au nitrate à 1/1000, au chlorure de zinc à 1/500.

La vie devra être réglée avec soin pour obtenir le maximum des bénéfices, les excitants de toute nature bannis pour longtemps encore de l'alimentation, la vie génésique restreinte au strict nécessaire, l'exercice recommandé, le surmenage vésical évité (1).

1. N. B. Les soins à donner aux prostatiques restent vrais encore après l'opération. Nulle règle ne saurait être meilleure que celle qu'on peut retirer de la lecture des cliniques, du professeur Guyon.

Complications immédiates et éloignées.
Quatre cas de dégénérescence maligne après
opérations sur la prostate hypertrophiée.

Nous ne saurions considérer comme une complication véritable le *calcul* que l'on peut rencontrer dans le bas fond vésical en arrière d'une prostate hypertrophiée. On prend une tenette, on l'enlève, et le seul ennemi qu'on puisse prévoir c'est la prolongation de la cystite concomitante, d'où retard dans la guérison.

En fait il n'y a qu'une complication véritablement imputable à la prostatectomie, c'est l'hémorrhagie : Les autres sont des complications possibles de toute taille hypogastrique.

L'hémorrhagie peut se produire au cours de l'opération. On emploie alors contre elle le tamponnement temporaire, les irrigations d'eau chaude, le pincement et la ligature des sources abondantes de sang. Elle cède en général aussitôt qu'on ne touche plus à la prostate et surtout à la suite d'une suture exacte de la muqueuse qui doit recouvrir les parties avivées de la glande. Mais elle peut persister ; que faire alors ? Il faut tamponner la vessie à

demeure pour quelques jours (48 heures suffisent en général). Keyes (1) et Cabot (2) ont décrit des arrangements spéciaux de gaze pour arrêter les hémorrhagies vésicales. Nous préférons nous servir de bandes, iodoformées quand l'urine est infectée, salolées quand l'urine est à peu près aseptique de façon à pouvoir profiter de l'action hémostatique indéniable du salol. Nous les disposons dans la vessie suivant la technique de notre maître le Dr Desnos, technique que voici telle qu'il l'a consignée dans un travail qui s'appuie sur trois cas d'hémorrhagies graves arrêtés par le procédé (3).

« Deux conditions sont nécessaires pour que ce tamponnement se fasse dans de bonnes conditions : les bords de la vessie doivent être bien fixés et renversés en dehors, et le drainage doit être assuré préalablement. Il est donc nécessaire de placer tout d'abord le tube-siphon Guyon-Perier, qui est aujourd'hui adopté généralement, dans la position qu'il doit garder, c'est-à-dire plongeant jusqu'au fond de la vessie, sur laquelle il repose sans appuyer. Pour la fixation des bords de la vessie, aucun procédé ne rendra plus de services que l'application de fils suspenseurs passant au milieu des lèvres de la vessie dressée. Cette pratique, qui est celle du professeur Guyon, permet de soulever la vessie en maintenant l'ouverture béante et d'éviter ainsi un décollement de sa face externe. Quant à l'écarteur qu'on place souvent au niveau de

1. Keyes. *Med. Record.* New-York.

2. Cabot. *Med. Record.* New-York.

3. Desnos. *Tampon. ves. après taille hypo.* *Ann. gen. ur.* Paris janv., 1893.

l'angle supérieur de la plaie, il n'est pas indispensable et peut même gêner la répartition régulière des bandelettes de gaze.

« Celles-ci, en effet, doivent être conduites à l'aide d'une pince à forcipressure d'al ord jusqu'au niveau des parties les plus déclives de chaque côté du tube-siphon, qu'elles servent, pour ainsi dire, à caler; des bandelettes étroites, en double, conviennent bien: elles doivent être tassées les unes sur les autres, de façon à exercer une réelle compression excentrique sur la paroi vésicale. Un des chefs de chacune d'elles est laissé au dehors, et tous sont méthodiquement rangés sur les bords de la plaie, pour que l'extraction se fasse régulièrement.

« La suture de la vessie ne pourra, bien entendu, être aussi complète que lorsque les tubes passent seuls par la plaie. On se bornera à rétrécir l'ouverture supérieure par un ou deux points de suture. Il faut, en effet, ménager un espace assez considérable pour que les bandelettes ne produisent pas de déchirures pendant leur extraction. Il en sera de même de la suture des muscles et de la peau. Quant au pansement, il se fait comme après une taille hypogastrique ordinaire.

« On pourrait croire que l'urine étant en contact permanent avec cette masse de gaze comprimée doit être amenée jusqu'aux couches superficielles d'une manière continue, et que, par conséquent, aucune goutte ne s'en écoule par les tubes. Il n'en n'est rien cependant: c'est à peine si les pièces du pansement en contact avec la plaie ont été un peu mouillées, et dans aucun cas ni les parties latérales ni le lit des malades n'ont été trouvés même

humides. Au contraire, les tubes ont fonctionné très régulièrement, comme après un pansement ordinaire de taille hypogastrique. Les choses ne peuvent se passer ainsi que si la vessie a été bourrée complètement à l'aide d'une compression bien faite. Les couches les plus inférieures de gaze en se tassant deviennent peu perméables, et il se forme au niveau du bas-fond une petite cavité dans laquelle plonge l'extrémité des tubes qui assurent l'évacuation de l'urine ».

Si le malade a perdu trop de sang, si son pouls est trop faible, on aura recours aux piqûres de sérum de Chéron ou aux transfusions intra-veineuses avec le sérum de Hayem.

D'ailleurs tous les auteurs, français et étrangers, sont d'accord pour dire que l'hémorrhagie n'a jamais compromis la vie d'aucun opéré.

Le shock est relativement rare ; on relevera le malade avec des piqûres d'éther, de caféine, d'arséniate de strychnine, en lui faisant des frictions cutanées et en lui faisant absorber du champagne. Les inhalations d'oxygène, les piqûres de sérum pourront rendre des services.

La suppression des urines. — amenant les diverses formes d'urémie a plus souvent causé une issue fâcheuse. On est assez désarmé devant elle. Peut-on employer sans danger la caféine, la digitale, la scille et les autres diurétiques usuels ?

Contre l'anurie les chirurgiens américains ont employé la diurétine et vantent ses effets à ce point que plusieurs prétendent n'en avoir pas observé de cas à dater du jour où ils s'en sont servis d'une façon systématique.

L'infection doit être plus prévenue que combattue et les antiseptiques les plus énergiques devront être employés dans les vessies infectées; l'iodoforme, le salol, le nitrate d'argent en solution de 2/1000 sont les plus recommandables.

Si l'infiltration d'urine se produit il ne faut pas hésiter à faire tomber les points de suture pour laisser un libre cours au liquide. Tout moyen est bon qui permet à l'urine infiltrée de sortir librement, (incision, thermo-cautère).

Un clapier purulent vient-il à se former, il faut par un moyen approprié donner issue au pus, et, après avoir détruit les cloisonnements, drainer la cavité et la laver aux antiseptiques.

Y a-t-il retard dans la cicatrisation il y a avantage à curetter les parois pour détruire les bourgeons sans vie ou à toucher ceux-ci au nitrate pour stimuler leur activité. On peut même, après avoir avivé les parois, suturer en masse pour tenter secondairement une réunion par première intention.

Enfin malgré tous ces efforts une *fistule hypogastrique* peut rester. Dans ce cas nous croyons qu'il n'y a qu'une conduite à tenir : attendre quelque temps pour laisser aux rétractions cicatricielles le temps de se faire, puis inciser sur une étendue modérée toute la paroi jusqu'à la vessie, disséquer et enlever le trajet fistuleux, fermer par des sutures étagées en assurant par l'urèthre (sohdé à demeure) une évacuation complète de l'urine.

Cas de dégénérescences malignes. — J'ai dit qu'une seule complication était en réalité imputable à la prosta-

tectomie : l'hémorrhagie. Il est une complication à distance qui n'a été signalée par aucun autre avant nous, à notre connaissance, comme résultat de l'intervention opératoire sur la prostate.

Il s'agit de dégénérescences malignes à la suite de l'opération.

Nous pouvons en rapporter quatre cas dont trois nous sont personnels. On trouvera les observations *in extenso* de ces cas à la suite de la thèse (Observations 25, 42, 43, 50).

Le premier cas observé est celui de W... opéré d'une grosse prostate qui avait amené une difficulté considérable du cathétérisme avec hémorrhagies abondantes à chaque tentative. M. le Dr Desnos se décida à pratiquer la prostatectomie pour aplanir les voies, se demandant, à cause des hémorrhagies, s'il allait trouver une simple hypertrophie ou une néoplasie. La vessie ouverte, il enleva un gros fragment de la prostate qui saillait dans la vessie. Au point de vue du pronostic il me pria d'examiner au microscope la nature du fragment. Je trouvai le tissu composé de lobules glandulaires enserrés de tissu fibreux et donnant un aspect que je ne puis mieux comparer qu'à celui offert par du tissu hépatique atteint de cirrhose péri-lobulaire. En somme tissu prostatique normal avec le tissu glandulaire enserré par des tissus fibreux plus abondants. Cinq semaines après, le jour même où il allait sortir de la clinique, le malade vit se rouvrir dans un effort de défécation la plaie abdominale qui paraissait fermement obturée. Il reprit le lit ; 15 jours après la plaie était fermée ; le malade se leva, fit un effort léger : la plaie se rouvrit. Dans le but de vivifier les surfaces pour

amener leur réunion immédiate M. le Dr Desnos pratiqua une incision de tous les tissus, vessie comprise, et, à notre stupéfaction, nous vîmes la vessie occupée par une tumeur nouvelle, entourée de franges qui s'étendaient jusqu'à la ligne première d'incision. On extirpa la tumeur dont la nature maligne ne pouvait être mise en doute et on laissa un méat hypogastrique avec lequel le malade, mort d'urémie depuis, put encore vivre tranquillement deux ans. Dans ces derniers temps les franges néoplasiques faisaient issue par le méat abdominal. Examiné au microscope, le fragment enlevé apparut envahi par de grosses cellules embryonnaires. J'ai conservé les deux préparations.

Le second cas est celui de F. Après la prostatectomie qui fut pratiquée les fonctions vésicales étaient devenues normales. Il vidait sa vessie mais avait conservé des envies assez fréquentes d'uriner qui se calmèrent par la suite. Le tissu enlevé (qui ne fut pas examiné au microscope) était blanchâtre, dur et d'apparence nettement fibreuse. Près d'un an après le malade expulsa en se sondant un fragment qu'il jeta. Quelques mois après, expulsion d'un nouveau fragment ; inquiet il nous le porta, je l'examinai : il était composé d'un tissu envahi par de l'épithélioma tubulé à cellules cylindriques. Le malade mourut longtemps après d'accidents rénaux.

Le troisième cas est celui de M. X..., à qui M. le docteur Desnos fit une prostatotomie périnéale dont on verra le détail à l'observation.

Le malade, qui se crut guéri pendant près d'une année, revint un jour inquiet par des mictions fréquentes et légèrement sanguinolentes. On l'examina au cystoscope et l'on

vit de petites tumeurs semées sur la cicatrice prostatique. Le malade vit encore ; la fréquence des mictions et le sang ont augmenté, il y a quelques périodes de calme. A la faveur d'une de ces périodes nous l'avons cystoscopisé dernièrement et nous avons pu constater que tout le col vésical se trouvait envahi par la néoplasie.

Nous avons recueilli le quatrième cas au cours de nos lectures. C'est un malade de Wolsey, P. C., à qui on avait fait antérieurement deux fois et sans succès la prostatectomie sus-pubienne. Wolsey en présence des deux gros lobes latéraux voulut essayer le procédé de Dittel. Quatre mois après le malade mourut d'un cancer qui s'était développé entre la vessie et le rectum. Il est probable que les lobes opérés étaient déjà cancéreux et non hypertrophiés et qu'en sans doute ils l'étaient devenus à la suite des premières interventions.

Nous ne voulons tirer aucune conclusion ferme de ces cas que nous avons cités pour amener des recherches nouvelles. Mais nous ne pouvons nous empêcher de penser que certaines hypertrophies prostatiques peuvent rentrer peut-être dans la classe de ces poly-adénomes mal définis qui sont des espèces de « *noli me tangere* » qu'il faut savoir respecter.

Ce serait là, si le fait était plus amplement démontré, une raison plus sérieuse que les autres à invoquer contre la prostatectomie.

VIII

Résultats thérapeutiques déduits des statistiques publiées et de nos cas inédits. — Valeur de l'opération.

Nous ne saurions rapporter ici toutes les statistiques américaines sur la prostatectomie. Au fur et à mesure que les opérations se sont mieux réglées et que l'expérience a permis de mieux choisir les cas le taux des bons résultats publiés s'est accru et celui de la mortalité a décru. Nous sommes loin aujourd'hui des 30, des 25 des 16 0/0 de mortalité, et, dans nos cas inédits, nous voyons la mortalité abonné à 6 0/0, si on tient compte de deux morts dont aucune n'est imputable à l'opération même.

D'une façon générale l'opération était jugée bonne à l'étranger lorsque la castration est venue se substituer à elle. Pour nous, ce que nous pensons de sa valeur se trouve disséminé partout dans cette thèse. Nous allons ici indiquer sommairement les résultats qu'on peut déduire de nos observations traduites ou inédites. Nous aurions pu choisir une foule d'observations heureuses pour avoir une bonne statistique ; nous avons seulement retenu celles

qui venaient à l'appui des procédés décrits (Keyes, Fuller Tobin, etc.).

Si l'on tient compte que dans ses opérations, Keyes à écarté de parti pris les cas légers pour n'opérer que des cas presque désespérés on ne sera pas étonné de l'élévation de mortalité.

Dans tous nos cas, sauf un (obs. 29), la mortalité est due non au traumatisme mais aux lésions rénales concomitantes ou à l'âge avancé (obs. 5. 12. 35); la mortalité brute de 11 0/0 se trouve ainsi abaissée en réalité à 2 0/0 et sera quasi nulle plus on se décidera à opérer tôt une fois la marche croissante des accidents vésicaux observés.

Voici d'ailleurs nos résultats généraux :

Sur 53 cas suivis fois de résultats heureux :

	Obs. trad.	Obs. inéd.
Guérisons	20	»
Améliorations.....	7	13
Aggravations ou dégénérescences..	1	2
Morts	4	2
Résultats nuls ou inconnus.....	2	2

Quelques-unes de nos observations doivent être lues pour voir ce qu'on peut obtenir contre les douleurs et ce seul résultat paraîtra justifier l'opération (observ. 1, 14, 15, 25, 28, 29, 31, 33, 34).

Dans tous les cas l'opération a été suivie d'un cathétérisme facile alors que bien souvent il était impossible, ou presque, avant l'opération (obs. 4, 16, 27, 28); on pourra de plus se rendre compte du bénéfice certain que procure l'opération à ce point de vue si on songe quels

hommes ont éprouvé des difficultés. Qu'auraient pu faire beaucoup de médecins dans ces cas, qu'aurait pu faire le malade lui-même dans l'avenir si les routes n'avaient point été rendues libres ?

L'hématurie du sondage a disparu par le fait de l'enlèvement de l'obstacle et combien de fois était-elle rebelle (obs. 1. 2. 14).

J'en dirai autant de la douleur du cathétérisme.

Des vessies qui retenaient des calculs venus du rein ont pu les laisser sortir librement par la suite dans tous les cas où cette rétention calculeuse était notée (observ. 49 surtout, observ. inédite).

En ce qui concerne la rétention, le retour *ad integrum* a été noté 26 fois dans les observ. étrangères et fois dans nos observ. inédites. Dans le reste des cas l'amélioration a été telle que le malade qui menait une vie misérable même après l'opération la vie commune. Les observations de Keyes sont à ce point de vue assez intéressantes à lire. Si parfois on doit dans la suite cathétériser de temps à autre pour maintenir l'aseptie dans quelques cas où une rétention légère est demeurée, du moins le cathétérisme n'est-il plus une sujétion ou un supplice ; le malade redevient lui-même, libre et non plus esclave de la sonde et de son médecin.

La vessie qui dans certains cas paraissait perdue a recouvré ses fonctions sauf dans un cas (obs. 51) ; cela plus ou moins mais toujours d'une façon suffisante pour montrer que l'enlèvement de l'obstacle apporte à la fonction un bénéfice réel, que l'atonie vésicale était pour beaucoup le fait de l'hypertrophie et pour faire entrevoir que

dans les cas où le succès n'a pas été complet, il l'eût sans doute été si l'opération avait été plus tôt pratiquée.

Des quatre cas de dégénérescence (obs. 26) que nous avons observés, nous avons dit ce qu'il fallait penser.

Dans tous les cas où la cystite intense était notée, elle a disparu ; et cependant on avait souvent essayé du cathétérisme et des lavages pour la faire disparaître, cela sans succès. Je veux bien qu'on en attribue le mérite à la cystostomie qui accompagne la prostatectomie ; c'est vrai dans la majorité des cas, mais le bénéfice n'en est pas moins acquis.

Enfin, nous ferons observer que dans tous les cas, sauf un, un résultat quelconque a été acquis, petit ou grand, tandis qu'avec la castration on n'a à choisir en général qu'entre ces deux alternatives : ou retour *ad integrum* ou rien. Parce que les indications sont incertaines, dira-t-on ? Raison de plus, répondrons-nous, pour ne pas jeter dans l'oubli une opération qui a un résultat bien défini : enlever l'obstacle quelle qu'en soit la nature.

La prostatectomie nous paraît donc en somme une bonne opération qui guérira ou améliorera les difficultés du sondage, les douleurs, les hémorrhagies ; qui guérira ou améliorera la rétention des vessies fatiguées jusqu'au point qu'une guérison pratique sera obtenue dans la majorité des cas, et cela d'autant mieux que le malade sera plus jeune et l'opération faite plus tôt.

Nous n'en restons pas moins convaincus de la valeur du cathétérisme contre les accidents du prostatisme. Pra-

tiqué ainsi que le veut M. le professeur Guyon, selon des principes que ce maître a posés et qui paraissent être devenus immuables, il peut, à lui seul, ramener la vessie à ses facultés premières ou arrêter l'invasion souvent pour toujours, plus souvent encore pour longtemps. Mais disons non moins fermement : que si la vessie ne demande qu'à être aidée; que si l'atonie, un moment vaincue par les sondages et les lavages, semble progresser sitôt ces derniers disparus; que si pour une raison quelconque, le cathétérisme, hier profitable, dévient rapidement inefficace ou mauvais; nous avons non-seulement le droit mais aussi *le devoir* d'intervenir par la prostatectomie pour lever l'obstacle, surtout s'il est intra-vésical, plus encore s'il s'agit d'un lobe médian saillant dans le réservoir, et c'est ce cas la plupart du temps.

Nous aurons ainsi supprimé un auxiliaire précieux de l'artério-sclérose qui progresse; nous aurons ménagé pour qu'elles servent longtemps encore les parties musculaires restées intactes, nous aurons protégé pour longtemps, je n'ose pas dire sauvé, une vessie qui courait à sa perte d'une façon plus ou moins rapide, mais certaine.

IX

Sonde à demeure, cystostomie ; castration, ligature des déférents, prostatotomie et prostatectomie. (Comparaisons sommaires).

Ce chapitre, restreint et modeste, ne prétend pas juger des opérations, des interventions, qui ont eu d'ardents et illustres défenseurs, et qui demanderaient de longues pages pour être consciencieusement appréciées mais nous voulons y montrer que la prostatectomie n'est inférieure à aucune.

Cathétérisme et sonde à demeure. — Inutile d'écrire de longues lignes pour démontrer la valeur de ces deux modes de traitement des prostatiques. Ils doivent venir en premier, et M. le Dr Guyon, avec sa longue expérience, estime qu'ils sont les meilleurs à appliquer aux malades souffrants d'accidents prostatiques. Nous convenons volontiers qu'ils doivent être tout d'abord employés, soigneusement, longtemps, patiemment chez tous les malades.

La sonde à demeure a selon nous tous les avantages attribués à la castration. Comme cette dernière elle agit en

amenant des décongestions bienfaisantes, capables d'amener le retour de la miction normale ; nous devons avouer que souvent le succès lui tend la main. Nous l'avons toujours essayée contre les rétentions aiguës et contre les rétentions chroniques avec urines infectées, douleur. Souvent elle nous a donné d'heureux résultats et nous a fait abandonner l'idée première d'une opération.

Hé bien, ce moyen vient de réussir, il a amené un calme passager au malade ; mais le mal est là, prêt à reprendre l'offensive, la rétention revient une fois, deux fois, trois fois, laissant après chaque attaque une vessie plus atteinte et moins vitale, moins facile aussi à seconder par la sonde à demeure. Devons-nous attendre de sang-froid ces rétentions et parer aux accidents au jour le jour ? Ne devons-nous pas au contraire essayer une cure radicale capable de débarrasser à jamais le malade de ces accidents ?

Evidemment oui, à notre avis. Ce sera par le moyen qu'on voudra, ou escomptera les résultats probables de chacune des interventions.

Suivant les convictions que l'on a acquises : L'opération sera la castration, la ligature des déférents, la prostatectomie, mais dans tous les cas il faudra intervenir.

Je ne veux pas parler de la vie cathétérale si bien supportée par beaucoup. Au point de vue social, Bangs (1), a écrit sur elle ces lignes que je crois devoir citer :

« On devrait distinguer entre les malades appartenant à la classe plus élevée de la société et ceux qui sont pauvres

1. Bangs. — *Soc. méd. Massachusets.*

et non instruits. Consultez vos souvenirs vous trouverez que beaucoup de protastiques qui s'accoutument facilement de la vie cathétérale appartiennent à la classe privilégiée par leur intelligence, leur éducation, le confort du milieu ; tout avait contribué à développer chez eux une certaine adresse du toucher ; ils comprennent vos instructions détaillées quant à l'asepsie et aux soins de donner.

« Les autres, pauvres déshérités sans éducation, sans foyer, parasites du corps politique sortent d'un dispensaire pour entrer dans un autre ou sont amenés à l'hôpital dans un état de souffrance intense. Ceux-ci sont les individus que nous *devons* opérer pour les soulager radicalement, et je crois que c'est l'avis de tous ceux qui ont l'expérience de l'hôpital ».

L'état social n'est pas seul à considérer. La vie cathétérale devient insupportable à beaucoup de malades : les difficultés du cathétérisme augmentent, les complications, hémorragies ou infections apparaissent, le malade demande une intervention. Avant de se décider à l'opération, on doit en peser toutes les chances, juger chaque cas en particulier et ne pas seulement agir d'après les idées générales et les statistiques favorables. La principale raison pour intervenir est que la maladie est progressive et qu'elle entraîne des dangers et des troubles graves. Nous avons montré ce qu'on est en droit d'attendre de la prostatectomie. Voyons, en toute sincérité, ce que l'on pourrait, par contre, attendre de la castration, de la ligature des déférents, de la cystostomie, de la prostatotomie.

La cystostomie sus-pubienne a eu pour la défendre

un avocat aussi compétent qu'acharné à la soutenir : M. le professeur Poncet, de Lyon. Un vieux maître aussi, le professeur Diday, n'hésita pas à la faire pratiquer sur lui-même et lui dut quelques années de paisible survie. Je considère que la cystostomie est une opération excellente qui mérite de prendre rang au nombre des plus heureuses ressources qui soient à la disposition de ceux qui tentent de soulager les prostatiques.

Il est hors de doute que la cystostomie amène le calme de la vessie et provoque des décongestions favorables qui peuvent laisser après elles le rétablissement du libre cours de l'urine. Dans les cas de rétention aiguë avec fausse route ou prostate infranchissable, il faut la préférer aux ponctions sus-pubiennes répétées ; dans les cas d'infection vésicale et lorsque le malade n'est que peu résistant, la rapidité de l'acte opératoire n'est pas d'un mince profit. Tout cela est parfaitement exact. Mais si l'on songe qu'une fois la vessie ouverte on peut avoir, en agissant sur la prostate, et les avantages certains de la cystostomie, et les avantages possibles de la prostatectomie, je ne comprends pas qu'on se refuse à pratiquer cette dernière. Et qu'on ne vienne pas invoquer la gravité de la prostatectomie ; les mortalités constatées à sa suite ne peuvent entrer en ligne de compte, elles sont dues à des complications rénales, à un mauvais état général, et non pas à l'acte opératoire. Pour la prostatectomie, quelques statistiques ont donné 16 0/0 de mortalité ; pour la cystostomie, les statistiques prises en bloc donnent 33 0/0 de morts. Nous ne songeons nullement à juger sur ce chiffre élevé le danger effectif que présente la cystostomie : on

a cru que la cette dernière seule était permise dans les cas graves, elle s'est trouvée appliquée dans un plus grand nombre de cas sérieux, désespérés même ; sa mortalité a été considérable ; mais il n'y a là rien que de naturel. Il en est de même pour la prostatectomie.

Qu'on nous permette de citer, pour les adopter, les conclusions de Tuffier (1) sur la cystostomie :

- 1° Opération qui rend les plus grands services ;
- 2° Son champ doit être réduit aux accidents graves ;
- 3° Dans les rétentions aiguës, c'est une opération d'urgence ;

4° Dans les cas chroniques, *c'est l'anus contre nature des prostatiques*. Donc elle ne doit être appliquée que dans les cas rebelles à tout traitement ;

5° La fistulisation doit tendre à n'être que *temporaire* pour attendre les décongestions et laisser reposer la vessie ;

6° Un urèthre sus-pubien définitif ne doit être réservé qu'à des cas peu nombreux.

Ces conclusions font ressortir ce que peut avoir de gênant pour la vie habituelle l'écoulement incessant des urines par l'abdomen, d'où cette déduction naturelle que, en dehors de cas rares, la cystostomie ne doit être que temporaire et ne doit durer que juste le temps de produire les décongestions capables de rouvrir les voies urinaires. Eh bien, ce bénéfice, nous pouvons l'obtenir nous l'avons dit avec la prostatectomie en laissant quinze à vingt jours un tube Guyon dans la plaie hypogastrique : c'est une

1. Tuffier. Soc. de chirurgie, 1894.

cystostomie temporaire véritable. De plus l'obstacle aura été enlevé ; le résultat sera ou ne sera pas, mais le nécessaire aura été fait et nul ne pourra dire que la cystostomie seule était indiquée avant d'avoir constaté l'insuccès de tentatives plus radicales.

Passons à la castration. — Cette intervention chirurgicale, qui paraissait basée sur des données physiologiques précises, a pris de suite une très grande extension, on a déjà castré des centaines de prostatiques. Aujourd'hui l'enthousiasme se modère : c'est que les résultats ne sont pas restés toujours aussi heureux qu'au début et que l'atrophie réelle de la prostate paraît de plus en plus problématique dans bien des cas.

Après les expériences de Ramm, Withe, Guyon, Legueu, il paraissait bien démontré que la prostate s'atrophiait une fois les testicules enlevés ; on citait à l'appui le développement parallèle de la prostate et du testicule, l'atrophie prostatique des eunuques, les différences existant entre la petite prostate dure des bœufs et la grosse prostate molle des taureaux, etc., etc.

Withe, le grand promoteur de la castration systématiquement appliquée au traitement des prostatiques, avait pu poser les conclusions suivantes :

1) La fonction des testicules comme celle des ovaires est double : reproduction et conservation des caractères sexuels secondaires des individus. Ces fonctions cessent avec l'âge au point de vue reproductif, mais il est possible que l'influence reste vis-à-vis des organes annexés tels que la prostate ou l'utérus.

Cette hypothèse mène à établir une analogie entre les

fibro-myomes de l'utérus et les adéno-myomes de la prostate, elle se trouve confirmée par les résultats de la castration dans les deux cas.

2) Les observations théoriques qui ont été employées contre l'opération de la double castration ont été détruites par l'expérience clinique qui montre que dans un très grand nombre de cas (87, 0/0) une atrophie rapide de l'hypertrophie prostatique suit l'opération. Disparition ou très grande atténuation de la cystite (52, 0/0 des cas) retour plus ou moins grand de la contractilité vésicale (66, 0/0) amélioration des plus inquiétants symptômes (83, 0/0) retour aux fonctions locales normales (64, 0/0), tels sont les avantages qu'on est en droit d'espérer.

3) La mortalité a atteint 18, 0/0. Mais on doit déduire 13 cas sur 20 pour avoir la mortalité réelle que présente l'opération faite dans de bonnes conditions, en l'absence d'urémie et avant que les reins ne soient désorganisés par la pression ascendante et l'infection. Nous aurions alors 7, 1 0/0 de mortalité qui diminuera lorsque une expérience plus approfondie permettra un meilleur choix des cas. Il est important de savoir que même ces cas désespérés qui nous feront des séries de 15 à 75 0/0 de décès, ont montré une amélioration des symptômes ou une atrophie de la prostate avant la mort.

4) Si la castration répugne davantage aux malades mieux qu'aucune autre opération, elle donne des résultats.

Le degré relativement plus grand de l'amélioration dans ces cas heureux devraient être aussi bien considéré que la mortalité dans les comparaisons qu'on a établies. De plus

on devrait prendre en considération l'absence de fistule périnéale ou abdominale, la rapidité et la facilité de l'opération.

5) L'utilité de la castration unilatérale n'est pas absolument démontrée ; mais il n'est pas douteux que dans quelques cas elle a été suivie de l'atrophie isolée du lobe prostatique correspondant, avec amélioration de la miction.

6) Nos expériences sur des chiens ont montré que dans presque chaque cas où le canal défèrent a été lié et sectionné, il s'est produit, sans grand changement dans les testicules, une atrophie notable de la prostate. Ces expériences ont besoin d'être reprises et confirmées attendu que l'absence d'atrophie des testicules correspondants paraît rendre les résultats anormaux.

Mais, depuis la publication de ces conclusions, les faits sont venus démentir les faits. On a constaté que dans un certain nombre de cas la prostate avait grossi chez des castrés ; que la prostate des taureaux était souvent moins grosse que celle des bœufs (Peugrier), etc.

Déjà Legueu en 1895 posait ce principe que les grosses prostatites, molles et congestionnées, sont seules passibles de la castration et que cette dernière ne peut rien contre les hypertrophies fibreuses.

A la première session de l'Association d'Urologie, à Paris (1), on alla plus loin et Carlier n'hésita pas à dire que tous les bénéfices de la castration peuvent être obtenus par le sondage qui à lui seul est capable d'amener comme elle des décongestions.

1. Legueu. Congrès de Chir. 1895.

2. Association française d'urologie. Paris 1896.

Le congrès de la Société Allemande de chirurgie n'a pas été plus favorable à la castration dont on a relevé les nombreux insuccès et les dangers, le danger des accidents intellectuels entre autres, signalé un peu de tous les côtés. Au point de vue statistique Helferich a pu exposer le résultat de la statistique de différents opérateurs auxquels le président de la Société, M. Bruns, a donné des renseignements précieux. Il a estimé la proportion des résultats favorables à 80 pour 100. La statistique de Socin est beaucoup plus défavorable et se chiffre par 13 pour 100 de succès observés qui ont d'ailleurs été peu marqués. Il existe bien aujourd'hui environ 250 observations, mais il est difficile de les juger dans une statistique et l'on ne peut en tirer que des conclusions très discrètes sur les résultats.

Au point de vue de l'action de la castration sur la prostate Socin y a rapporté des faits intéressants.

Pour montrer l'action de la castration sur la prostate saine chez les animaux, *Socin a fait faire des préparations macroscopiques et microscopiques de prostates de bœufs et de taureaux. Ces préparations n'indiquent que de faibles différences* ; la prostate de bœuf compte autant de lobes que celle des taureaux, ces lobes sont seulement un peu plus petits. Au contraire, les autres organes sexuels, le canal défèrent et les vésicules séminales sont quatre fois plus volumineux chez le taureau.

Enfin Borelius a donné le résultat général de toutes les opérations de castration effectuées en Suède. Nous croyons devoir le rapporter.

Cette statistique comprend une totalité de 102 cas. 19

d'entre eux ont été traités par Borelius, les autres lui ont été communiqués par des confrères suédois.

Dans 50 cas, la castration a été complète, dans 46 autres on a pratiqué la résection des deux canaux déférents, et dans 6 cas on a fait l'ablation unilatérale du testicule et la résection du canal déférent du côté opposé.

Sur les 50 cas traitées par la castration, il faut en défalquer 1, car à l'autopsie de ce cas on trouva un cancer de la prostate. Dans les 49 autres cas le résultat a été le suivant : 9 ont succombé après l'opération non pas immédiatement après, mais au bout de quelque temps.

On a généralement trouvé à l'autopsie une pyélonéphrite. Dans 7 cas le résultat était absolument nul ; dans 4 cas il est difficile de juger le résultat.

Dans les 29 autres cas, il s'est produit une amélioration après l'opération. Sur ces 29 cas, 14 étaient des cas de rétention aiguë non compliquée ; 4 étaient des rétentions compliquées d'une cystite légère ; 5 cas étaient des rétentions chroniques, quelques cas étaient gravement compliqués ; 2 étaient des rétentions chroniques compliquées d'incontinence. Dans 4 cas, il s'agissait de dysurie et de ténésme grave sans rétention complète.

Dans tous ces cas il s'est produit une amélioration plus ou moins nette des symptômes. La diminution de volume de la prostate après l'opération a été notée dans 29 cas ; dans 13 cas il n'y a pas eu de modification de volume ; dans 7 cas le résultat n'a pas été indiqué. Dans 25 cas on a signalé la cystite comme complication ; celle-ci s'est améliorée dans 12 cas ; dans 10 cas elle est restée stationnaire ; dans 3 cas les observations sont muettes à cet

égard. Dans un cas on a observé un accès maniaque passager après l'opération.

Enfin nous avons interrogé un grand nombre de vétérinaires, qui tous nous ont déclaré que la miction était toujours moins facile chez le cheval hongre que chez le cheval entier. Nous cherchons en ce moment à expliquer ce phénomène, à voir s'il est placé sous l'influence de modifications prostatiques et à savoir si à la suite de la castration il ne se produit pas des actions inhibitrices particulières sur le réservoir vésical. Nos recherches ne sont pas assez avancées pour être rapportées ici. Nous en ferons l'objet d'un travail postérieur.

J'ajouterai que l'action de la double résection des canaux, ainsi que celle de la castration n'est pas démontrée en ce qui concerne le lobe moyen qui cause le plus souvent les accidents de rétention. Bousquet (de Clermont) a rapporté à l'Association d'Urologie le cas d'un homme chez qui, après castration double, on avait noté l'atrophie des masses latérales de la prostate à côté d'un lobe médian resté parfaitement intact.

On le voit la castration n'est pas la fidèle auxiliaire sur laquelle on avait cru pouvoir compter. Il ne faut pas se hâter de porter un jugement sur une opération dont les indications sont encore peu précises et qui bénéficiera de leur complet établissement. Mais l'expérience montre qu'on a eu tort de lui sacrifier la prostatectomie qui n'avait pas une mortalité supérieure et qui a donné un pourcentage plus considérable de résultats sinon absolument complets du moins pratiquement bons.

Ce que je viens de dire de la castration me dispensera

d'insister longuement sur *la résection des canaux déférents*, qui concourt au même but, et qui, si elle répugne moins au malade et est plus facile à réaliser, donne par contre un moins grand nombre de bons résultats.

A son sujet on pourra lire la thèse très complète de Floersheim (1). Je vais seulement donner, à titre de complément la statistique de Borélius que l'on pourra comparer à celle du même auteur sur la castration.

Dans 46 cas on a fait la résection double du canal déférent. Il faut en déduire un cas qui, à l'autopsie, s'est montré comme étant une tuberculose de la prostate. Le résultat dans les 45 autres cas a été le suivant : 10 ont succombé après l'opération ; dans 7 cas il n'y a eu aucun résultat ; dans 28 cas il y a eu une amélioration plus ou moins nette. Parmi les derniers il y a eu 22 cas de rétention aiguë non compliquée ; 4 cas de rétention chronique ; dans deux cas il s'agissait de dysurie et de ténésme sans rétention complète. Dans 10 cas on a constaté une diminution de volume de la prostate après l'opération : dans 20 on a constaté le *statu quo*, dans 6 cas les observations sont muettes. On a relevé la complication de la cystite dans 23 cas ; dans 10 cas la cystite s'est améliorée, elle est restée stationnaire dans 13 cas. Il est à remarquer qu'on a observé la récurrence de la rétention aiguë dans 2 cas, 3 mois et 12 mois après l'opération.

Dans 3 cas pour lesquels on a fait sans succès la résection du canal déférent, on a pratiqué ensuite sans plus de succès quelques semaines plus tard la castration. Les

1. Floersheim. Thèse, Paris, 1896.

6 cas dans lesquels on a fait d'un côté la résection du canal déférent et de l'autre l'ablation du testicule ont donné les résultats suivants : dans 3 cas il y a eu amélioration, dans 2 cas aucune amélioration, 1 patient a succombé. Les 3 cas améliorés étaient des rétentions aiguës non compliquées.

Reste la prostatectomie ; je crois qu'il nous suffira de dire qu'une simple incision d'un obstacle ne peut avoir dans aucun cas la valeur d'une exérèse complète de cet obstacle. Si l'on se décide à agir sur la prostate même il vaut mieux pratiquer la prostatectomie qui forcément sera plus radicale et aura plus de chances de faire réaliser un bon résultat.

X

OBSERVATIONS

Observations I à XII

(Robson *Britt. Med. Journ.* 1894)

OBSERV. I (1887. *Guérison*). — X..., 67 ans. Depuis plusieurs années a de fréquentes mictions nocturnes et depuis un an urine pendant le jour toutes les demi-heures. Depuis quatre ans a des hématuries et des symptômes de calculs. Cystite, douleurs dans la région vésicale au moindre mouvement, état général mauvais.

Opéré en décembre 1887. On retire un calcul d'acide urique de 322 grains. Le lobe médian de la prostate qui est saillant est enlevé avec des ciseaux et des pinces forceps.

Le malade revint facilement à la santé. Au bout du neuvième jour l'urine coulait par l'urèthre, et 4 semaines après la guérison était complète. Deux ans après le malade avait une bonne santé et pouvait travailler.

OBSERV. II (1888. *Guérison*). — X., 63 ans. Depuis 8 ans a des mictions fréquentes et ne peut rester dans la journée plus de 20 à 40 minutes sans uriner.

A tous les symptômes des calculeux : hématuries, cystite et atonie ; rétention qui oblige à le sonder trois fois par jour ; on retire à chaque cathétérisme 63 onces d'urine.

Opéré en juin 1888. On trouve 50 calculs gros et petits. Les lobes latéraux de la prostate sont très élargis et on les enlève par les ciseaux et la pince forceps ; on constate que la vessie est à colonnes.

Au bout de trois semaines, le malade urine par l'urèthre, et sept semaines après il est très amélioré : pendant le jour il peut rester 6 heures sans uriner et la nuit il se lève une seule fois.

Deux ans après il est tout à fait bien et peut travailler.

OBSERV. III (1888, *Guérison*). — X., 62 ans. Depuis 8 ans a des symptômes de calcul. Quelque temps avant l'intervention chirurgicale, a 20 mictions nocturnes ; au moment de son admission à l'hôpital la rétention complète.

Un cathéter à demeure lui donne une poussée aiguë de cystite.

Opéré en septembre 1888. Des calculs du poids d'une demi-once sont enlevés de la poche du bas fond ; on constate que le lobe médian de la prostate est de la grosseur d'une noix et les lobes latéraux hypertrophiés. On les enlève avec les ciseaux et la pince forceps. Suites bonnes.

La plaie se cicatrise lentement et un peu de cystite a persisté.

Revu 4 ans après le malade se porte bien et travaille ; au cun besoin du cathéter depuis l'opération.

OBSERV. IV (1890. *Amélioration*). — X..., 66 ans. Depuis 7 ans a de fréquentes envies d'uriner la nuit et se sert du cathéter pendant les 4 années qui précèdent l'intervention. Reste alité pendant plusieurs mois pour état plus grave ; la cystite est guérie par des lavages, mais les difficultés de cathétérisme augmentent ; bientôt le cathéter bi-coudé peut seul passer.

Opéré en mars 1890. On trouve trois calculs dans la poche post-prostatique et une hypertrophie en collier. Le lobe médian de la prostate qui est hypertrophié est enlevé à l'aide de ciseaux et de la pince forceps par une excision cunéiforme.

Guérison rapide, la plaie est cicatrisée au bout d'un mois, seule une légère cystite dure quelque temps encore. En janvier 1892 le malade a une santé excellente malgré une vie fort active.

OBSERV. V (1890. *Mort*). — X..., 73 ans. Depuis 4 ans, atonie vésicale due à de la distension ; incontinence par regorgement et résidu de 16 onces d'une urine acide mais non albumineuse.

Opéré en novembre 1890, on trouve une prostate très large ; on enlève le lobe médian et en outre une demi-once de lobes latéraux par énucléation.

Une hémorrhagie est arrêtée par l'eau chaude à une demi-once d'hamamelis par pinte d'injection.

Résultat post-opératoire ; guérison.

Mort deux semaines après d'asthénie il était dans un état très précaire au moment de l'opération.

OBSERV. VI (1891. *Guérison*). — X..., 61 ans. Depuis onze ans est obligé de se sonder ; a des mictions fréquentes la nuit ; pas de symptômes de calculs. L'état général est mauvais et dix mois avant l'intervention la sonde est nécessaire pour uriner ; la capacité vésicale est de 10 onces.

Opéré en août 1891. On constate que le lobe médian est pédiculé et du volume d'une noix, qu'une petite tumeur siège sur le côté gauche de la prostate. Au moyen des ciseaux et des pinces forceps, on les enlève.

Guérison. Le malade peut uriner sans douleurs. Un calcul phosphatique est enlevé 3 mois après la guérison. Deux ans après l'opération le malade travaille et ne souffre plus.

OBSERV. VII (1892?) — X..., 61 ans. Depuis de nombreuses années a des fréquentes envies d'uriner la nuit et six mois avant l'intervention les difficultés de la miction sont telles qu'un cathétérisme régulier est nécessaire. L'atonie vésicale due à la distension donne un résidu de 20 onces.

Opération faite en janvier 1892. On constate que le lobe médian forme un collier autour de l'orifice ; une excision est faite en forme de V et on enlève un morceau au moyen de la pince forceps.

Guérison rapide. Après une semaine, le malade se lève et quelques jours après l'opération il urinait par l'urèthre.

OBSERV. VIII (1892. *Guérison*). — X..., 64 ans. Depuis plus d'un an a des symptômes nets de prostatisme ; *opéré en mars 1892.* On enlève des morceaux du collier qui entoure le col vésical. Un mois après l'opération le malade urine très facilement et 3 mois après a un jet très fort.

OBSERV. IX (1892. *Amélioration*). — X., 72 ans. Opéré, une première fois (sans observation), en mars 1889. Ce malade à qui on avait enlevé une partie du lobe médian de la prostate est resté deux ans très soulagé.

Examiné au bout de ce temps on trouva une prostate très grosse. En juin 1892, des douleurs, de la cystite et une rétention complète l'obligent à demander une nouvelle intervention.

Opéré de nouveau en juin 1892, on trouve un calcul phosphatique que l'on enlève et l'on excise une prostate adénomateuse à laquelle on retranche 6 onces. La cicatrisation est obtenue au bout de 3 semaines. Bonne santé quelque temps, puis en octobre 1893 on lui enlève un calcul phosphatique.

En 1894, le malade est en bonne santé.

OBSERV. X (1892. *Guérison*). — X..., 73 ans. Depuis, plusieurs années a tous les symptômes d'un calculeux et depuis deux ans ces symptômes se sont aggravés; le cathétérisme devient obligatoire et le malade a des hématuries ainsi que des phénomènes de cystite assez violente.

Opération faite en août 1882. On trouve dans la vessie des dépôts phosphatiques. La prostate est large, creusée d'une poche qui recèle un calcul d'acide urique dont le sommet seulement sort de la poche. On enlève une partie de la prostate et le calcul peut alors être retiré.

Guérison rapide. Le malade pouvait uriner par l'urèthre trois semaines après l'opération et peu de temps après toute douleur avait disparu.

OBSERV. XI (1893 *Amélior.*). — X..., 62 ans. Depuis 5 ans envies plus fréquentes d'uriner et douleurs à la miction. Cinq mois avant l'opération cathétérisme forcé, urine infectée et

cystite grave. La lithotritie faite en novembre 1893 (*calcul phosph.*) et les lavages nombreux de la vessie le guérissent de la cystite mais le cathétérisme est nécessaire 3 fois par jour. Pas d'atonie vésicale.

Opéré en décembre 1893. — On enlève la partie de l'anneau prostatique qui entoure l'urèthre.

Après le 14^e jour le malade urine par l'urèthre. Guérison rapide. En mars 1894, le malade est bien portant et urine par l'urèthre.

OBSERV. XII (1894. *Mort*). — X..., 73 ans. Depuis de nombreuses années a de l'incontinence nocturne et au moment de l'intervention la rétention est complète, le cathétérisme est fait 3 fois par jour ; l'urine contient du pus en grande abondance ; l'état général est mauvais.

Opération faite en janvier 1894. On trouve, enserrant l'urèthre, une hypertrophie en collier, on en excise plusieurs morceaux en forme de V. La vessie est sacciforme et paraît incapable de se contracter. Quatre onces d'eau dans le ballon rectal n'ayant pas suffi à amener la prostate à portée du doigt, on dû en ajouter une quantité plus grande d'où sans doute une légère effraction du rectum et un abcès subséquent du méso-rectum.

Le malade mourut trois semaines après l'intervention au moment même où il paraissait se rétablir.

Autopsie. — Collection suppurée entre la vessie et le rectum ainsi qu'entre le méso-sigmoïde et méso-rectum. Plaie en bon état et presque fermée ; aucune inflammation autour d'elle. Vessie dilatée, à colonnes, avec grand cul-de-sac. Pas de cystite.

Aorte artério-scléreuse et rein granuleux.

Observation III (*Guérison*).

(Southam. *Britt. M. J.*, août 1890).

W. H..., 66 ans. Admis en février dernier. Symptômes d'hypertrophie de la prostate depuis plusieurs années. Mictions très fréquentes et très difficiles. Le malade urinait deux ou trois fois par heure après beaucoup d'efforts et l'urine coulait alors par goutte ou en jet très mince. La vessie n'était jamais complètement vidée; résidu de une pinte. Parfois, il avait une complète rétention et on était obligé de se servir du cathéter.

Par le rectum on sentait une hypertrophie distincte des deux lobes latéraux. L'urine (1008) était alcaline et contenait une quantité de mucosités filantes, de pus et de cristaux de phosphates tribasiques. Cathétérisme très difficile; arrêt au col.

Le malade fut mis au lit et le traitement ordinaire palliatif n'amena aucune amélioration.

22 février. — *Supra-pubic*. Pas de ballon. Injection avec 12 onces d'acide borique dans la vessie. Incision habituelle. On soulève la paroi antérieure de la vessie par cathéter d'argent introduit par l'urèthre et qu'on abaisse entre les jambes. Deux fils de soie sont passés dans la paroi pour la maintenir et entre ces fils de soie on fait l'incision. En introduisant le doigt dans la vessie on ne sent *aucune hypertrophie appréciable des lobes latéraux, mais un lobe médian pédiculé* de la grosseur d'une noisette. Comme un essai pour séparer le lobe proéminent avec le doigt, après incision de la muqueuse, n'avait pas réussi, on dût l'enlever en coupant avec des ciseaux courbés

son point d'attache. Peu de sang ; l'urèthre fut ouvert au périnée sur un cathéter cannelé et un gros et fort drain fut introduit à travers la plaie jusque dans la vessie. Second tube par l'ouverture supra-pubienne. Tous les jours lavages vésicaux à l'eau boriquée faits par l'ouverture supérieure ; on saupoudre les deux lèvres de la plaie d'un mélange d'acide borique et d'iodoforme ; enlèvement du tube supra-pubien le troisième jour ; le cinquième, enlèvement du tube périnéal.

Après le septième jour, lavages au cathéter introduit par l'urèthre tous les jours ; le seizième jour, le malade commence à uriner par les voies normales ; le vingt-quatrième jour, toute l'urine passe par le canal.

Le malade quitta l'hôpital au bout de six semaines, débarrassé de tous ses symptômes. Mictions naturelles. Plaies cicatrisées complètement.

En ce moment, plus de quatre mois après, il est parfaitement maître de sa vessie et peut sans difficultés retenir son urine 3 à 4 heures. Miction se produit sous le plus léger effort ; il peut pisser à une distance de plusieurs pieds. Urine claire et acide aucun symptôme d'irritation vésicale.

Observation XIV

Guérison.

(Brownie. *Transac. of the chir. soc.*, 1889).

R... H..., 70 ans. Se sonde depuis 1872 (20 ans).

En avril 1886, je le vois pour la première fois. Depuis 4 ans, aucune urine ne sort sans l'aide de la sonde. Il faut sept sondages par jour, urines glaireuses et boueuses. Cathétérisme difficile, courbure spéciale nécessaire.

En 1887, il m'appelle en raison des souffrances intolérables qu'amenait le cathétérisme.

En mai 1890, il avait de l'urine sanglante. Cathétérisme toutes les heures ; pour introduire la sonde, on est obligé de relever ce bec très haut.

En juin 1890, hémorrhagies si abondantes que je crois à une tumeur vésicale.

En juin 1891, souffrances intolérables et spasme vésical très violent ; constantes hémorrhagies. Le malade resta ainsi jusqu'en janvier 1892, époque où je le vis avec le Dr Cunningham. Cathétérisme toutes les demi-heures. Il y avait de graves difficultés provenant de l'hémorrhagie et de l'obstruction du cathéter par le sang coagulé. Urèthre de 9 inch. 1/2. Par le rectum, on pouvait sentir que la prostate avait *modérément* grossi. A l'exploration, on trouve un *petit calcul vésical*. Il était soulagé par le cathétérisme. Vie insupportable et malheureuse.

En mars (10, 1892), éther. Je pus facilement avec l'explorateur à aspiration faire résonner la pierre. Mais je ne pus pas saisir cette pierre avec le lithotriteur à cause de la profonde poche post-prostatique où elle gisait.

Ouverture sus-pubienne. On trouve saillie prostatique intra-vésicale de la grosseur d'une mandarine, entourant le col de la vessie des deux côtés et en arrière de l'orifice urétral. J'enlève la pierre avec une large cuiller, elle ressemblait à un pépin d'orange et pesait 9 grammes. Je me préparai à enlever avec le forceps toute la portion de la prostate saillante dans la vessie. Tout fut enlevé par torsion. Rien ne fut lésé. Les morceaux enlevés pesaient une once. L'hémorrhagie fut très grave. On parvint à l'arrêter en partie avec de l'eau chaude

envoyée à travers l'urèthre au moyen d'une seringue attachée au bout du pénis. Pendant 48 heures beaucoup de sang sortit avec l'urine. Vers la fin d'avril, la plaie fut fermée et toute l'urine passa naturellement par le pénis, excepté trois onces de rétention enlevées matin et soir par cathéter. Survint alors une attaque d'influenza et l'ouverture supra-pubienne s'ouvrit légèrement pendant quelque temps. En août, tout se trouva cicatrisé. Vers le 15 septembre, la vessie se vidait *jusqu'à la dernière goutte*. Aucun cathéter n'a été employé depuis.

En janvier 1893, il écrivait de son propre mouvement. « Il y a quelques semaines que je ne vous ai vu, depuis que vous m'avez conseillé l'abstention du cathéter. Je ne l'ai pas employé depuis lors. Je peux rester maintenant 3 heures sans uriner le jour, et la nuit de 4 à 6 heures ; plusieurs fois je suis resté 9 heures sans uriner. »

Observation XV

Guérison. B. owne. *Transac. of the chirur. société* 1889, T. XXII.

Révérend R. J..., 83 ans, vu pour la première fois en 1885. Rétention prostatique d'urine, difficultés de cathétérisme dues à un obstacle au col vésical, on ne peut passer qu'avec un instrument à courbure spéciale ; par le toucher rectal, la prostate paraît modérément hypertrophiée. Je cesse mes soins après plusieurs semaines, un garde malade pouvant alors facilement cathétériser.

Durant 1885, 1886, 1887, j'ai vu le malade plusieurs fois et j'ai pratiqué plusieurs explorations en vue de rechercher un

calcul possible. Il s'en suivit une irritation inexplicquée. Pas de calculs.

La vie du malade était misérable. Il ne souffrait pas en voiture ; il ne vidait sa vessie qu'avec la sonde et avait des spasmes douloureux qui nécessitaient de fréquents sondages.

En 1888, je ne revois pas le malade.

En 1889, le Dr Miller me demanda de le revoir. Il avait 87 ans et souffrait d'une cystite intense. Le cathétérisme était nécessaire à chaque heure du jour et de la nuit. Les urines sortaient sanglantes et, malgré de fortes doses de morphine, les spasmes vésicaux arrachaient des cris déchirants au malade.

L'ouverture sus-pubienne fut décidée en vue de vider et de drainer la vessie. Anesthésie à l'éther. *Taille sus-pubienne.* Sitôt la vessie ouverte, la cause du mal apparaît. Pas le plus petit calcul mais une énorme saillie prostatique implantée dans le côté droit de la vessie. Tumeur ferme, à large base, remplissant la vessie.

J'hésitai un moment entre le simple drainage et l'excision de la tumeur. Mais il était évident qu'aucun soulagement ne pouvait être espéré si cette sorte de corps étranger n'était enlevé et je me résolus à le faire disparaître. Je le fis à l'aide du doigt et de la pince forceps ; la seule difficulté consista à enlever le premier morceau, car dès que l'écorce prostatique fut entamée les morceaux restants purent être facilement saisis et arrachés. Ces morceaux étaient lobulés et, sauf consistance plus dure, ne différaient pas comme aspect de morceaux de pancréas. Chaque fragment fut saisi et enlevé par torsion de sorte qu'il n'y eut que très peu de sang. La portion de glande enlevée pesait quatre onces et une fois l'opération terminée l'orifice urétral se trouvait au même niveau que la

substance vésicale environnante. A l'examen on trouva un stroma fibreux parcouru par des fibres musculaires lisses ; les vaisseaux étaient peu nombreux et de petit calibre.

L'opération fut suivie d'un mauvais état général de courte durée et d'un complet soulagement. Le malade put s'asseoir le seizième jour. Neuf semaines après il était bien portant et urinait sans douleur. Rétention insignifiante.

Quatre ans après le malade cas cité par l'auteur dans un article du *Britt. med. Journal*. (Mars 1893) est toujours bien portant et urine bien.

Observations XVI à XXI

Füller. *J. Gen. Ur and Cut Diseases.*

OBSERV. XVI (*Guérison*). — X..., 48 ans. Depuis un an et demi il avait remarqué des difficultés de la miction. Elles augmentaient graduellement jusqu'à rétention complète qui arriva six mois avant que je le visse. Depuis cette époque, il avait essayé d'employer le cathéter.

Quelquefois il avait ressenti une grande difficulté pour introduire son instrument. Cette difficulté était devenue de plus en plus grande, de sorte qu'il comprit la nécessité de mesures plus radicales.

Urines légèrement purulentes. Prostate légèrement hypertrophiée.

Un instrument d'acier assez gros pouvait être passé dans la vessie pourvu que l'extrémité se trouvât toujours bien au contact de la paroi supérieure de l'urèthre prostatique. Autre-

ment l'instrument était arrêté par une solide obstruction en connexion avec le plancher de l'urèthre prostatique.

Vu l'âge du malade et la petitesse de la prostate, au toucher rectal je ne jugeai pas nécessaire de faire l'incision suprapubienne, mais je me décidai pour la voie périnéale. Une masse fibreuse très dure, semblable à un œuf, sauf le volume, fut trouvée transversalement dans la paroi inférieure de la vessie au niveau du col. J'ai coupé cette masse au bistouri en faisant l'incision périnéale.

Néanmoins cette masse était si fibreuse et si adhérente à la capsule de la prostate qu'il fut impossible de l'énucléer. En conséquence, je fus obligé de la couper en employant à la fois et les ciseaux mousses, et les forceps à prostatectomie.

Parmi les six cas que je publie, c'est le seul où il fut impossible de pratiquer l'énucléation, et j'incline à penser que cette grosseur devait plutôt provenir d'un fibrome ayant pris son origine dans la capsule de la prostate que d'une hypertrophie analogue à celle des vieillards.

Le malade revint à la santé sans accidents, et après trois semaines put uriner à plein jet et avec force. Il retourna chez lui peu après, rétabli, avec urines claires et mictions régulières et complètes.

OBSERV. XVII. — X..., 58 ans. Rétention d'urine subite 4 ans avant consultation. Dès cette époque il resta au lit 8 à 10 jours souffrant énormément sans avoir recours au chirurgien, urinant par regorgement après énorme distention vésicale. Sans aucun aide la vessie reconquit un peu de sa force expulsive. Depuis lors il souffrit sans cesse de mictions impérieuses, fréquentes et difficiles jour et nuit, avec quelques attaques de

complète rétention. Lors de ses dernières attaques il avait été cathatérisé dans divers hôpitaux. Aprèsqu'il eût quitté ces établissements il eût recours par intervalles au médecin attendu qu'il ne pouvait pas employer le cathéter lui-même à cause de la douleur et de la fièvre. En l'examinant je trouvai une vessie distendue remontant jusqu'à l'ombilic ; le toucher rectal montra une prostate très hypertrophiée et dure. L'urine était d'un poids spécifique peu élevé, abondante, légèrement acide et chargée à la fois d'albumine et de cylindres granuleux et hyalins. Bactéries et un peu de pus. La langue était sèche à certains moments avec troubles gastro-intestinaux que je pensai être urémiques. Le malade était faible et l'opération pleine de risques.

Je décidai d'enucléer la prostate par l'*opération supra-pubienne* en même temps que d'établir suivant les procédés habituels un drainage périnéal. J'enucléai deux grandes hypertrophies latérales en même temps qu'une autre médiane plus petite. La masse entière s'enucléa d'une seule pièce. L'opération fut facile à faire et il n'en résulta aucune complication.

Après l'opération il y eut une suppression d'urine considérable et le troisième jour le malade ayant le délire déchira ses couvertures et arracha ses tubes de drainages tant périnéaux que sus-pubiens. On ne les remplaça pas. Grâce à des soins assidus et à une abondante diurèse, cette grave atteinte d'urémie fut en définitive vaincue. Tant à cause du mauvais état général que de l'enlèvement prématuré du drainage, un clapier purulent se produisit dans la cavité de Retzius.

Toute douleur vésicale disparut par l'opération, et l'urine s'améliora. Quatre semaines après le malade put s'asseoir, et 6 semaines après put se lever, soutenu par un infir-

mier. L'urine est claire maintenant ; elle sort encore par la plaie supra-pubienne bourgeonnante que le clapier a accrue. Il y a une bonne contractilité de la vessie et une fois la blessure supra-pubienne fermée, j'estime que la miction se fera sans difficulté. Les symptômes d'urémie n'ont pas tous disparu et à certains moments le malade est assoupi, ou irritable. Il est probable qu'à une certaine époque il succombera à sa néphrite. Dans ce cas on proposa au malade de faire une double castration mais il refusa.

OBSERV. XVIII (*Guérison*). — X..., 63 ans. — A la première visite, usage du cathéter à cause de l'hypertrophie. Il ne pouvait plus supporter la vie cathétérale et désirait une intervention radicale ; il ne voulait pas perdre ses testicules. Son urine était bonne et sa prostate grosse.

Je fis l'opération supra-pubienne et j'énucléai deux grosses hypertrophies latérales en même temps qu'une hypertrophie médiane de la forme d'un collier entourant partiellement l'urèthre prostatique.

Le tube de drainage périnéal fut mal supporté parce qu'il lui causait beaucoup de ténésme ; en conséquence je l'enlevai le troisième jour ne laissant que le tube supra-pubien. Le douzième jour après opération l'ouverture supra-pubienne était si bien fermée qu'il commençait à uriner par l'urèthre. A l'heure actuelle, à la fin de la quatrième semaine, il est capable de quitter l'hôpital. Il urine par l'urèthre facilement, librement, et complètement.

OBSERV. XIX (*Guérison*). — X..., 60 ans. Rétention d'urine avec regorgement par obstruction prostatique lors de ma première visite. Avait été sondé quelque temps.

Un cathéter fut employé avec les précautions antiseptiques et on essaya de lui en montrer l'usage. Une semaine après il pouvait se sonder seul.

A ce moment, cependant, il tordit d'une façon inexplicable la sonde et la replia sur elle-même. Quand il voulut retirer l'instrument il produisit une déchirure de la muqueuse uréthrale. Un ténesme vésical en résulta compliqué de frissons et fièvre.

On dut employer le chloroforme pour cathétériser et on put introduire, mais avec très grande difficulté, un instrument d'argent.

Le cas étant très urgent on décida l'opération.

Je fis l'incision *supra-pubienne* et j'ai énuclé par mon procédé une large hypertrophie en collier. Très bonnes suites ; le malade resta alité trois semaines seulement.

Résultat : tout ce que l'on peut désirer de mieux ; urine à des intervalles convenables et vide sa vessie chaque fois.

OBSERV. XX (*Guérison*). — X..., 73 ans. Etat de rétention aiguë avec grande distension par hypertrophie prostatique. La cause de la résection avait été un refroidissement d'où rétention brusque. Je réussis avec quelques difficultés à passer un cathéter en gomme élastique. Je le laissai fixé à demeure. Le cas fut alors confié au médecin habituel de la famille qui devait enlever la sonde 36 heures après et faire ensuite des sondages réguliers.

Je fus rappelé en hâte au bout de quatre jours. Le malade était de nouveau dans un état de rétention avec fièvre et urétrorrhagie abondante. J'appris qu'il n'avait plus son médecin primitif et qu'il avait eu recours à plusieurs

autres depuis ma visite. Tous ces médecins avaient trouvé une grande difficulté pour retirer l'urine. Je fis un essai et constatai que rien ne pouvait passer sauf un instrument d'argent à grande courbure. Cet instrument ne pouvait être passé qu'avec la plus extrême difficulté ; l'urine qu'il amena était très sanglante et un peu décomposée. Il y avait des signes évidents de laceration de l'urèthre dans la région prostatique. Dans l'essai suivant l'instrument ne put pas passer et je me résoudre à l'aspiration.

Jusqu'à ce moment le malade avait été très obstiné et n'avait pas voulu entendre parler d'opération. Je lui dis alors que je l'abandonnais à moins qu'il ne me laissât libre d'agir suivant ma volonté. Il consentit à l'opération. A cette époque il souffrait d'une suppression du rein et des symptômes sexuels commençaient. Son pouls était faible. En prenant en considération son âge avancé et tous ces mauvais symptômes, j'avais peu d'espoir qu'un résultat heureux suivit une opération radicale.

Néanmoins je me décidai à l'*opération par voie subcutanée* selon mon procédé.

Je trouvai deux hypertrophies latérales très grosses. Le lobe médian n'était pas appréciable. Le tout fut énucléé sans difficulté. Une des hypertrophies latérales fut trouvée traversée par une fausse route.

Après l'opération convalescence lente mais sûre. Il quitta l'hôpital cinq semaines après. Cinq mois après il se déclarait bien portant disant qu'il se sentait plus jeune de 10 ans. Ses mictions étaient normales, naturelles et complètes. *Il vidait sa vessie* chaque fois. Il dit que depuis sa jeunesse il n'avait jamais uriné avec tant de force et de satisfaction.

BSERV. XXI (*Guérison*). X..., 66 ans. Vu pour la première fois en mai 1894. Appelé à minuit, j'ai trouvé une ves-sie pleine ; vains efforts pour uriner ; 18 heures de rétention complète, mais depuis plusieurs heures évacuation goutte à goutte par regorgement. Il avait saigné par le méat abondamment par suite d'essais vains et vigoureux de cathétérisme. Le périnée était gonflé et induré ; signes d'infiltration sanguine et urineuse. Impossibilité de passer même sous chloroforme. On pratiqua l'aspiration par voie sus-pubienne et environ 1/4 d'urine mélangée de sang passa avec difficulté à travers l'aiguille aspiratrice.

Le malade consentit à l'opération et dès le lendemain je pratiquai la prostatectomie, énucléant la glande suivant ma méthode. Le malade lors de l'opération souffrait de choc et de compression d'urine due à la rétention de la veille ; son pouls était faible, sa langue sèche. Opération très rapide avec peu d'anesthésique. J'enlevai une large hypertrophie latérale du droit ainsi qu'un lobe médian peu important. Vu le mauvais état du malade je n'ai pas enlevé une petite hypertrophie du côté gauche.

Le malade supporta convenablement l'opération et entra en convalescence sans complications. Il quitta l'hôpital quatre semaines après son entrée. Il peut maintenant uriner naturellement à des intervalles convenables et vide chaque fois sa ves-

Observation XXII

Moullin. *Clinical. Soc. Transaction London*, t. XXIX.
(Amélioration).

J. B. 64 ans. Homme assez gros, robuste.

Avait rendu quelques petits calculs d'acide urique à différentes reprises et récemment avait eu diverses attaques de coliques rénales avec hématurie. Jamais de douleur pénienne, ni arrêt subit dans le jet. La miction était plus fréquente dans ces derniers temps, le jour et la nuit. Il éprouvait quelques difficultés pour faire partir et arrêter le jet ; après examen le lobe médian fut trouvé fortement proéminent dans la vessie. Derrière lui un calcul dans le bas-fond. Par le rectum la saillie de la prostate paraissait uniforme.

Cystotomie sus-pubienne le 3 novembre. Position de Trendelenbourg. Enlèvement du calcul sans difficultés : calcul circulaire, plat, du diamètre d'une pièce de deux sous, il s'était formé dans la poche rétro-prostatique.

Le lobe médian sessile qui se projetait en haut dans la vessie fut enlevé avec le forceps coupant. Suites bonnes ; trois semaines plus tard petites attaques d'épidydymite après cathétérisme. La plaie fut lente à se fermer mais fut complètement cicatrisée après six semaines.

Depuis, état satisfaisant

Observation XXIII

Moullin. *Clinical. Society. Transact.*, t. XXIX
(Guérison).

J-S..., 66 ans. Homme très gros. Admis à l'hôpital de

Londres le 2 octobre 1894. Ethylisme. Calcul vésical, gravelle antérieure. Durant les 12 derniers mois douleurs aiguës irradiées des lombes à la ligne médiane et à la racine de la verge, surtout la nuit.

Quelquefois il était obligé de se lever deux fois par heure pour uriner. Le sang précédait souvent le passage de l'urine et le jet était souvent arrêté brusquement. En se promenant dans la chambre les douleurs n'augmentaient pas, mais elle s'exagéraient par le décubitus dorsal. Durant les quelques derniers mois il avait rendu cinq calculs du volume d'un pois avec facettes bien marquées. L'urine était fortement acide et avait une densité normale avec quelques traces d'albumine ainsi que beaucoup de mucosités et de sang. Un cathéter de petit volume pouvait passer facilement. Le cathéter en métal ordinaire était arrêté par le lobe médian qui saignait au moindre contact. Par le rectum on sentait que la prostate était dure, grosse, irrégulière et molle au toucher.

Cystotomie sus-pubienne 11 octobre et 68 calculs furent retirés d'une poche profonde en arrière de la prostate. Ils étaient plus gros que ceux sortis spontanément et composés surtout d'acide urique. Le lobe médian de la prostate qui faisait saillie dans la vessie fut enlevé aux ciseaux et au forceps de façon à former un plan régulier et en pente douce du trigone jusqu'à l'orifice de l'urèthre.

Hémorrhagie très légère. La masse enlevée avait environ le volume d'une noix. La partie supérieure de la plaie fut fermée avec sutures. La partie inférieure resta ouverte avec tube de drainage. On enleva le tube le troisième jour.

Six jours après attaque de goutte au pied gauche avec élévation de température. Hormis cela rien à noter dans les

suites. Sa plaie se ferma très rapidement. L'urine passa par cathéter après trois semaines et 15 jours ensuite la cicatrice était saine et ferme. Au moment de son départ encore une once de rétention, mais avec diminution rapide. Deux mois après rétention nulle.

Observation XXIV

Tuffier.

Un homme de 52 ans, bien constitué, fut pris de rétention d'urine. On diagnostiqua : hypertrophie de la prostate portant sur le lobe moyen. Ce malade fut en proie à des rétentions d'urine fréquentes de 1885 à 1892. Les mictions devinrent d'une grande fréquence. La nuit, le malade ne pouvait uriner que s'il était couché et le bassin relevé. La nuit entière se passait à satisfaire en plusieurs séances le besoin d'uriner. La cathétérisme était devenu difficile. M. Tuffier se décida à faire une opération.

L'hypertrophie prostatique portait sur le lobe moyen. Le jet de l'urine était fort. Le muscle vésical fonctionnait bien. M. Tuffier fit la *cystotomie sus-pubienne* le 16 septembre 1892. La paroi vésicale était très épaisse ; au niveau du col, il y avait une véritable amygdale qui faisait saillie dans la vessie. Une petite tumeur grosse comme une noix et mobile était pédiculée sur le lobe gauche de la prostate. On fit une incision en fossé pour extirper le lobe moyen. On sutura la prostate puis la vessie et enfin la plaie abdominale. La sonde à demeure est enlevée le 7^e jour. Le 9^e jour, il se produit une légère hémorrhagie et la sonde est remise.

En ce moment la guérison est complète. La miction est nor-

male et non douloureuse. Cet homme a 52 ans. Il est à l'âge où l'on peut espérer qu'il n'est pas en proie à l'artério-sclérose. Cette circonstance est favorable à la réussite de l'opération. Les statistiques démontrent que la prostatectomie réussit quand l'opération porte sur le lobe moyen.

Dans le cas dont il s'agit, il y avait une hypertrophie compensatrice du muscle vésical. La miction était normale, comme force. Il est toujours préférable, de se servir de la voie sus-pubienne quand c'est le lobe moyen qui est atteint. La meilleure méthode pour arrêter les hémorrhagies dues à l'opération est de faire une bonne suture de l'incision. M. Tuffier n'a pas réuni transversalement l'incision en fossé qu'il a pratiquée dans la prostate. Il a suturé latéralement, ce qui lui a permis de ne pas trop rétrécir le sphincter vésical.

La tumeur enlevée n'est pas un fibrome, mais bien une hypertrophie de la prostate, comme on l'a démontré avec le microscope.

Observation XXV

Wolsky. (*Dégénérescence maligne*).

P. C..., 62 ans. Entré hôpital Bellevue 28 août 1891 avec rétention d'urine. Difficultés fréquentes et douleurs de miction depuis deux ans; prostate hypertrophiée uniformément au toucher rectal.

Deux opérations supra-pubis ont été faites par d'autres chirurgiens (26 octobre 1891 et quelques semaines plus tard); on ne trouva vestige d'aucune grosseur intra-vésicale.

On fit un drainage supra-pubis; le cathéter fut fixé dans l'urèthre. Il ne s'en suivit pas de miction spontanée la

fistule supra-pubienne resta, et, en regardant par le rectum on sentit que la prostate était beaucoup plus hypertrophiée.

Ce cas sembla indiquer la méthode de V. Dittel parce que les lobes latéraux étaient principalement développés ; la méthode supra-pubienne avait manqué deux fois et le malade ne pouvait être soulagé.

En conséquence, après expériences sur le cadavre, j'opérai le 15 mars 1892 après avoir placé le malade dans la position de Trendelenbourg pour arrêter l'hémorrhagie. Incision médiane partant du coccyx et longeant le côté gauche du rectum jusqu'à un pouce en avant. Après avoir écarté la peau, la partie supérieure de la fosse ischio-rectale fut approchée par une simple dissection sans hémorrhagie et après avoir lié seulement un ou deux vaisseaux. Le muscle élévateur de l'anüs fut divisé antéro-postérieurement sur le côté gauche de la prostate qui put être mise à découvert avec le doigt. Le plexus prostatique parut développé mais il ne vint qu'un peu de sang en enlevant deux gros morceaux en forme de bateaux de chaque côté. On laissa seulement un peu de la prostate et l'urèthre ne fut pas blessé. La plaie fut fermée et un cathéter fut fixé dans l'urèthre. La guérison fut assurée. Le malade urinait plus librement qu'avant, bien qu'une fistule supra-pubienne fut restée.

Mort trois à quatre mois après *sans doute d'un cancer développé entre la vessie et le rectum*. On ne put pas faire l'autopsie.

Observations XXIV à XXXIII

Keyes. *Med. Record*, août 1891

OBSERV. XXVI (*Amélioration*). — X..., 65 ans. Etat général

déplorable, souffre constamment; pisse toutes les 2 heures nuit et jour ; urines très sanglantes ; albumine, résidus. Atonie vésicale avec 5 onces de résidu ; 2 lobes latéraux gros et durs, petit lobe latéral interne faisant saillie. Petite pierre phosphatique.

Opération 15 sept. 1890. Pierre ; hypertrophie médiane faisant saillie enlevée aux ciseaux recourbés. Essai pour énucléer les gros lobes latéraux avec le doigt ; ni les doigts ni les ciseaux ne purent entamer la masse fibreuse très dense. L'index fut passé sous la membrane muqueuse ; mais aucun effort ne pût permettre d'entamer cette masse dense. Je pensai à la rugine et depuis je l'ai toujours apportée. Mais je n'en avais pas avec moi et je fus obligé de couper simplement la muqueuse entourant l'orifice de la vessie et d'amincir les bords et la barre entre les lobes par des grattements répétés avec les ciseaux. L'opération fut aussi peu satisfaisante en ce que les gros lobes latéraux furent laissés à peu près aussi volumineux qu'avant l'opération.

Résultat, un an après (sept. 1891). Mictions volontaires sans douleur, grande amélioration dans la santé générale. Le cathéter n'est plus nécessaire cela est dû sans doute à l'enlèvement du petit lobe médian. Une certaine douleur persiste. Rétention incomplète, d'où mictions fréquentes si on n'évacue pas le résidu. En somme le malade est comme beaucoup d'autres avec une atonie.

OBSERV. XXVII (*mort*). — X..., 70 ans, emploie le cathéter fréquemment, passage difficile et douloureux. Blessé par une grosse sonde il y a un an.

Le cystoscope montra un petit troisième lobe. L'urine était

claire, pas de sang, pas de pus, pas d'albumine, pas de caillots. Une opération s'imposait le traitement local ayant échoué.

J'ai opéré en mars 1891, et j'ai enlevé un petit troisième lobe avec la rugine. *Résultat* : une demi-heure après, l'opéré avait un tremblement et une suppression totale des urines. La mort s'en suivit.

Je considère que c'était là le résultat d'un de ces cas peu fréquents de fièvre urinaire pernicieuse. De toutes les prostatotomies que j'ai faites, ce fut la moins considérable et le résultat dernier ne pouvait guère être attendu.

OBSERV. XXVIII (*guérison*). — X..., 66 ans. Atonie, 8 onces de rétention. Malade ne se sert pas du cathéter, car aucun soulagement avec lui. Mictions toutes les deux heures le jour et deux fois la nuit. Le canal postérieur suppure beaucoup. Hypertrophie de la prostate en masse avec lobe médian de la grosseur d'une prune. Hémorrhagies locales modérées, mains constantes. Vie intolérable, opération demandée.

Le 16 avril 1891. — Enlèvement du lobe avec un écraseur ; ensuite abrasion d'une hypertrophie en collier. Avec le doigt j'ai facilement divisé une prostate molle et extrait 244 grains de substance prostatique ainsi qu'un certain nombre de fibromyxomes distincts et arrondis, un d'eux était polypoïde.

Pas d'emploi nécessaire de rugine.

Trois semaines après le malade était debout avec plaie cicatrisée et sortit le vingt-troisième jour.

Je l'ai revu en septembre 1891, bien portant, sauf trace de pus dans la première miction. Il vide sa vessie avec un jet vigoureux toutes les trois ou quatre heures. *Son atonie a disparu* car un cathéter passé après la résection ne ramène rien,

OBSERV. XXIX (*Guérison*). — X. ., 59 ans. Grosse pierrè, hypertrophie médiane ; se sert du cathéter qu'il passe quelquefois toutes les heures. Souffre depuis 4 ans et a passé sa dernière année au lit. Son urine est comme du bouillon de haricots, épaisse et purulente ; elle contient du sang et des caillots, de l'albumine en quantité variable. Le malade était sur le point de mourir, il accepta l'opération sans hésitation. J'opérai en juillet 1891 et j'enlevai une pierre grosse comme un œuf de poule, pesant 740 grains. Le troisième lobe était aussi gros que la dernière phalange du pouce. Je fis une double ligature de soie sur le lobe et avec le forceps, après en avoir émoussé les bords, je l'enlevai. Alors, je coupai un coin profond de la prostate pour abaisser l'ouverture de l'urèthre. Le malade guérit promptement. Il ne se sert plus du cathéter, urine avec jet abondant, retient son urine de 5 à 7 heures et se porte bien. Il a engraisé de 50 livres en trois mois. J'ai opéré plus par compassion que par espoir de guérir, craignant la fièvre urinaire. Je lui donnai 10 grammes de diurétine par fractions. Quelques heures après l'opération. Pas de frissons, pas d'infection et un résultat si agréable et si frappant que je ne puis pas n'en pas attribuer tout le bien à la diurétine. Je l'ai employée dans chaque opération importante sur la vessie ou l'urèthre depuis ce cas (12), et je n'ai jamais eu de frisson ou de rétention depuis lors, bien que quelques-uns de mes cas fussent désespérés.

OBSERV. XXX (*Guérison*). — X..., 66 ans. Se cathétérise depuis 6 ans et quand je le vis, il se cathétérisait toutes les deux heures. Ombre de lui-même, avec des yeux eczémateux et des pustules sur le corps. Urine putride pleine de caillots,

d'albumine, de sang et de pus. Inappétence, langue sèche ; état général très déprimé, très mauvais. Je l'ai désinfecté et mis au régime lacté ; j'ai fait le possible sans autre effet que de diminuer l'infection, le pus et rendre l'urine plus douce ; amaigrissement de 20 livres pendant l'hiver. Je l'ai *opéré par supr. pubis en juillet 1891* avec diurétine abondante et salol, irrigagation vésicale constante. J'ai enlevé des pierres pesant 63 grammes, un troisième lobe prostatique et une barre, en tout 307 grains de substance. Suites bonnes.

La convalescence fut longue mais ininterrompue. Le malade est à la campagne et n'a pas répondu à nos questions sur sa miction. La vessie était complètement atone et j'étudierai ce cas avec intérêt ; que sa miction volontaire revienne ou ne revienne pas *sa vie a été indubitablement sauvée* dans un double sens, parce que quand j'hésitai à faire l'opération il me dit avec calme que si j'hésitais à la faire il se suiciderait.

OBSERV. XXXI (*Guérison*). — X..., âgé de 65 ans. Par occasion peut uriner, mais souvent ne peut pas ; rétention habituelle, cathéter constamment employé. Ne peut pas s'asseoir à cause de la douleur. Efforts constants pour uriner, se lève toutes les heures la nuit. *J'ai opéré ce malade par voie sus-pubienne en août 1891* ; avant l'opération je pensais qu'il avait un calcul prostatique parce qu'un doigt dans le rectum faisait sentir une saillie très dure et bombée au-dessous du lobe prostatique droit ; une aiguille à acupuncture passée dans cette grosseur, par le rectum, frappait des matières calcaires.

J'ai trouvé une hypertrophie petite, en fer à cheval, avec une petite barre surmontée d'un troisième lobe conique. J'ai facilement enlevé le tout avec les ciseaux et la rugine, puis, avec

une aiguille, j'ai constaté que le lobe droit bombant était dégénéré en partie en une matière calcaire mais qu'il n'y avait aucun véritable calcul prostatique. J'ai facilement énucléé avec le doigt et gratté avec la rugine environ la moitié de ce lobe droit jusqu'à passer au-delà de l'obstacle latéral arrondi que j'avais senti à l'intérieur de la traversée prostatique.

La matière enlevée pesait 160 grains. Ce malade fut un peu brûlé par l'usage d'eau trop chaude employée pour arrêter l'hémorrhagie et sa guérison s'en trouva retardée. Mais aucun mauvais symptôme ne se manifesta, sauf la perte de l'appétit et de la dépression. La plaie n'est pas encore tout à fait fermée bien que le malade soit retourné chez lui. Je ne peux pas encore dire s'il peut uriner.

OBSERV. XXXII (*Guérison*). — X..., 60 ans. Souffrances continuelles, urine toutes les deux heures dans la journée et quatre fois dans la nuit. Un calcul dans la traversée prostatique : je le trouve pendant que je déterminais l'atonie et je le repousse dans la vessie. Je le recherche alors avec l'explorateur métallique et j'arrive à le retrouver.

Après cette recherche, qui me fit apprécier un troisième lobe, et une barre un tel trouble survint que je me déterminai à une intervention immédiate. Je la pratiquai le 30 août 1891 par la voie sus-pubienne. Je trouvai un calcul, une barre et deux larges lobes latéraux en forme arrondie avec un orifice enserré par un collier ; 63 grains sont enlevés.

Dans ce cas il y eut petite inflammation de la cavité de Retzius due à l'usage d'une suture profonde dans la troisième semaine pour unir les surfaces granuleuses. Quatre se-

maines après le malade rentra chez lui. Sa blessure étant encore ouverte je ne pus me prononcer; mais le malade revu en octobre (25) vidait sa vessie entièrement, pratiquement et sans douleur.

OBSERV. XXXIII (Mort). — X..., 60 ans. En sérieux danger. Depuis 8 ans se sert de cathéter nuit et jour, état général déplorable, souffrances continuelles.

J'opérai le 10 septembre enlevant 467 grammes de pierres et 139 grammes de prostate. Mauvais chloroforme, aucun risson ni rétention; pas de fièvre urinaire, pas de pyélite, mais pouls asystolique après l'opération; hoquet, constipation opiniâtre. Sa plaie devient et resta terne et ne bourgeonna pas; la température augmenta, des escharres apparurent dans la plaie, sa langue devint sèche, son cœur manqua et il mourut le quinzième jour.

Observations XXXIV à LII

(Inédites D. Desnos).

OBSERV. XXXIV (*Grande amélioration*). — R..., 60 ans. Plusieurs blennorrhagies de longue durée.

Rhumatisant, albuminurie probable il y a dix ans. Depuis trois ans urine difficilement; cette difficulté augmente graduellement pendant six mois. Il est obligé de se sonder, en dernier lieu ses urines sont troubles. Besoins presque constants; un quart d'heure de répit à peine après chaque miction normale et une heure après sondage.

8 avril 1893. — Canal libre, traversée prostatique assez fai-

ble, la boule butte ; après miction, rétention de 100 grammes ; au toucher rectal, la prostate apparaît irrégulièrement développée. Lavages nitratés.

12 mai. — Légère amélioration, douleurs moins vives mais même rétention, pas de soulagement par les cathétérismes.

6 juin 1893. — *Opération* : taille hypogastrique, position renversée, tissu adipeux épais, difficultés pour désinsérer les droits. Lobes latéraux peu saillants, égaux et réunis par une barre transversale ; le tout forme une cloison peu épaisse qui est excisée ; tubes de Guyon.

Du 7 au 27 juin. — Suites normales, tubes retirés au huitième jour et sonde de Pezzer au quatorzième jour. Cicatrisation complète.

10 juillet. — Douleurs mictionnelles disparues ; encore un peu de fréquence des mictions, rétention incomplète de 20 grammes.

18 octobre. — Même état, mictions toutes les trois heures y compris la nuit.

Il se sonde tous les trois jours pour retirer ses 20 grammes de rétention.

22 février 1895. — Etat satisfaisant sans modification.

Au toucher rectal la prostate semble avoir grossi.

OBSERV. XXXV (*Grande amélioration*). — G., 59 ans, cultivateur. Bonne santé antérieure, point d'antécédents vénériens, étylisme modéré.

Il y a quatre ans ; première difficulté de miction qui augmentent graduellement jusqu'à rendre le sondage nécessaire plusieurs fois par jour ; cependant il peut uriner sans sonde

une quantité de liquide variant de quelques gouttes à un volume considérable. Des lavages de la vessie avec acide borique amènent un peu d'amélioration.

Mai 1888. — Homme robuste ; Douleurs à chaque miction, surtout à la fin ; mictions fréquentes tous les 14 d'heure la nuit.

Ténésme rectal. Urine trouble et floconneuse. Retention incomplète de 120 grammes.

Prostate: saillie rectale volumineuse, unie, symétrique et peu indurée. Cathétérisme : Traversée prostatique de 5 à 6 centimètres : les instruments droits butent, la sonde béquille est facilement introduite.

Traitement : Lavages nitratés et régime ; balsamiques.

Avril 1889. — Revu après 11 mois ; lavages nitratés irréguliers et souvent délaissés ont donné amélioration pendant 3 mois puis n'ont amené aucun résultat. Il se sonde 2 ou 3 fois par jour et souvent avec difficulté ; la prostate n'a pas changé de volume au bout d'un an mais est plus sensible au toucher ; la rétention a augmenté de 150 grammes. *Résection proposée et pratiquée le 8 avril* 1889 : Taille hypogastrique, ballon rectal : couche graisseuse abondante, petite section transversale des muscles droits. Incision vésicale aussi longue que possible. Grosse saillie prostatique inégale et portant surtout sur le lobe gauche. Celui-ci est saisi avec une pince de Museux et la section pratiquée en avant du mors de la pince. Le fragment enlevé est gros comme une noisette.

Saignement abondant en nappe qui cesse après cinq minutes de compression sans ligature ni pince à demeure. Tubes de Guyon.

9 avril. — Urine très rouge, température normale.

13 avril. — Urine claire, le pansement n'a pas été mouillé.

18 *avril*. — Enlèvement des tubes ; sonde à demeure.

25. — Plaie hypogastrique fermée.

30. — Sonde à demeure retirée.

1^{er} *mai*. — Le malade urine facilement, mais conserve 20 grammes de rétention incomplète.

10 *mai*. — Après lavages répétés de nitrate, le malade vide complètement sa vessie ; les mictions restent encore un peu fréquentes.

6 *juillet*. — Même état.

15 *septembre*. — Diminution des fréquences sous l'influence des lavages nitrates.

Revu en janvier 1891 état satisfaisant, urine un peu trouble, mictions un peu fréquentes (20 gr. de rétention incomplète).

Revu en *juillet* 1895, état stationnaire depuis quatre ans. A la suite d'excès de table, a eu deux rétentions qui ont nécessité le cathétérisme, mais la rétention incomplète n'a pas augmenté et les urines sont à peu près claires.

Au toucher rectal, la prostate a sensiblement augmenté de volume, l'état général est bon, malgré une répugnance marquée pour la viande et les farineux.

OBSERV. XXXVI (*Amélioration*). — D..., 68 ans, entrepreneur.

Antécédents morbides assez nombreux (rhumatismes, bronchite, etc.).

Urine mal depuis dix ans, se sonde depuis cinq ou six ans ; soins de propreté douteux.

Il y a un an, lithotritie.

Décembre 1891. — Douleurs très vives à la miction, envies fréquentes, douleurs à la locomotion.

Hématuries nombreuses, cathétérisme assez difficile (arrêt à la prostate); au toucher rectal, prostate grosse et régulière.

8 décembre. — *Taille hypogastrique*, ballon rectal, désinsertion des muscles droits : calcul phosphatique du volume d'une noix. Deux saillies latérales, lobe médian peu développé.

Incision cunéiforme de chacun des lobes; les deux lèvres de chacune des plaies prostatiques sont rapprochées à l'aide d'un gros catgut. Il en résulte un orifice urétral béant presque quadrangulaire. Saignement assez abondant arrêté par compression.

18 décembre. — Suites bonnes.

Les tubes sont retirés; sonde béquille à demeure.

25 décembre. — Cicatrisation complète.

20 janvier 1892. — 30 grammes de rétention incomplète; un peu d'incontinence quand il reste trop longtemps sans uriner. Il se sonde tous les deux ou trois jours.

10 juillet. — L'incontinence a complètement disparu. Depuis longtemps, l'urine est claire.

Recu en janvier 1895. Bon état. Rétention incomplète de 60 grammes.

OBSERV. XXXVII. (*Grande amélioration*). — B..., 71 ans. Rétention incomplète depuis 3 ans. Les difficultés de miction ont commencé il y a 10 ans et ont augmenté depuis. Rétention complète depuis 8 mois; Douleurs vésicales; envies d'uriner fréquentes; cathétérisme douloureux.

Vessie infectée, les lavages nitrates amènent une légère amélioration.

Juin 1892. — Bonne santé, pas d'autres lésions qu'à la vessie, appétit conservé, langue généralement bonne ; prostate de volume moyen qui arrête la sonde.

12 juin. — *Taille hypogastrique.* Lobe moyen saillant ou mieux barre avec tubercule médian. Résection cunéiforme de ce tubercule et de la barre ; pas de suture ; tubes de Guyon.

20 juin. — Suites excellentes.

Les tubes ont été retirés, le 5^e jour la plaie est presque complètement cicatrisée.

25 juillet. — Urine sans sonde toutes les heures, pas de douleur, 70 grammes de rétention incomplète.

OBSERV. XXXVIII. (*Amélioration*). — B..., 63 ans. Blennorrhagie et rétrécissement dilaté il y a 15 ans ; s'est sondé assez régulièrement depuis ; ne paraît pas avoir rencontré de récédive.

Urine mal depuis 4 ans, se sonde depuis deux ans assez irrégulièrement. Urines de plus en plus troubles.

Novembre 1891. — Prostate grosse ; saillie rectale. Traversée uréthrale prostatique inégale, longue. Rétention 90 grammes. Lavage nitrates.

Fév. 1891. — Un peu d'amélioration. Force de projection plus grande.

Avril 1891. — Retour de cystite. Force de projection diminuée.

27 mai 1891. — *Taille hypogastrique.* Vessie très épaisse. Muqueuse rouge, vasculaire, desquamée.

Deux saillies latérales reliées par une saillie médiane avec

laquelle elles semblent se confondre (éventail). — Résection médiane ; saignement abondant. Tamponnement iodoformé.

Tubes Guyon.

28 *mai*. — Le tamponnement est retiré O. 38.5.

25 *juin*. — Cicatrisation complète.

1^{er} *juillet*. — Miction normale assez facile. Rétention incomplète, 25 grammes.

18 *juillet*. — Même état. Force projective du jet plus grande.

4 *novembre*. — Miction encore un peu fréquente, mais bien plus facile et moins douloureuse qu'avant l'opération.

Janvier 1895. — Etat satisfaisant. Se lève trois fois par nuit. Mictions assez faibles ; urines un peu troubles. Lavages très irrégulièrement faits. Rétention 30 grammes. Force de projection très médiocre. Etat général excellent.

5 *septembre*. — Etat stationnaire et même l'amélioration n'a pas persisté et le malade accepte la résection.

10 *septembre*. — *Taille hypogastrique*.

2 lobes latéraux et presque pas de saillie médiane. Excision des deux côtés, cunéiformes, puis suture au catgut ; tubes Guyon et sonde de Pezzer.

12 *septembre*. — Tubes fonctionnent mal.

Pansement mouillé.

17. — Tubes et sonde ont mal fonctionné, pas de réaction.

19. — Sonde de Pezzer est remplacée par sonde béquille.

4 *octobre*. — Sonde a bien fonctionné. Cicatrisation.

8. — Envies d'uriner toujours fréquentes. Rétention après miction 60 gr.

10 *novembre*. — Même état. Cathétérisme redevient nécessaire. Rétention 80 gr. Aucune force de projection.

14 *avril*. — Revu, même état. Mictions fréquentes, les lava-

ges n'ont donné aucune amélioration. Etat général devient mauvais.

OBSERVATION XXXIX (*stationnaire*). — M..., 75 ans. Aucune affection antérieure. Homme robuste anciennement alcoolique. Urine difficilement la nuit depuis 10 ans, fréquemment pendant le jour depuis 5 à 6 ans. Se sonde depuis 4 ans ; en a éprouvé des soulagements d'abord, mais depuis 18 mois le cathétérisme le soulage à peine une heure ou deux.

2 mai 1894. — Prostate rectale assez volumineuse. Traversées longues ; rétention 120 gr. d'urine trouble qui tombe en bavant dès les premières gouttes.

22 mai. — Lavages nitrates qui amènent légère amélioration ; mictions un peu moins fréquentes.

OBSERVATION XL (*amélioration*). — P..., 62 ans, blennorrhagies multiples ; à 32 ans rétrécissements urétrotomisés ; s'est sondé longtemps et pas d'accès de rétention complète. Depuis 15 ans ne se sonde plus. Il y a 3 ans difficultés de miction, on croit à retour de rétrécissement, mais examen (à Nicker) négatif du canal ; on a constaté hypertrophie prostatique.

Envies d'uriner de plus en plus fréquentes, la nuit pas plus que le jour. Difficulté surtout au départ du jet très lent et souvent douloureux. Symptômes augmentent peu à peu d'intensité, le départ du jet final à certains moments se fait avec de violents efforts, chute du rectum etc.

Décembre 1891. — Homme très bien portant, aucune lésion d'ailleurs que celles des voies urinaires. Prostate peu considérable ; pas d'hypertrophie vraie, prostate un peu sensible. Rétention peu considérable, 20 grammes par miction. Traversée prostatique courte mais boue butte sur le col. Sonde béquille passe

facilement. Urines limpides, à peine quelques leucocytes.

15 décembre-10 janvier. — Lavages puis installation. Aucun résultat. Urine fréquemment avec même difficulté augmentant plutôt. Je propose de sectionner la barre prostatique.

15 janvier. — *Taille hypogastrique*. Parois vésicales épaissies. Muqueuse vésicale absolument normale. Pas de saillies prostatiques latérales. Grosse barre prostatique du volume d'un crayon. Incision sur la ligne médiane. On voit les deux lèvres s'écarter au fur et à mesure que j'incise, de sorte que sans résection, brèche de un centimètre. Sonde Pezzer, pas de tubes, pas de suture complète de la vessie ni de la peau.

17 janvier. — Suites excellentes. Aucune issue de l'urine par la plaie.

4 février. — Cicatrisation complète.

6 février. — Mictions normale encore un peu douloureuses et fréquentes, mais grande facilité de l'émission.

16 février. — Miction très facile, plus de rétention (5 gr. à peine), jet part presque à volonté. Repart chez lui.

Mars 1894. — Revu. Etat satisfaisant, miction facile, quelquefois après excès. Retard du jet, mais plus de douleur ni de fréquence, ne se lève que deux fois par nuit.

Janvier 1895. — Etat toujours satisfaisant. Urine à volonté jet un peu petit au départ, augmente rapidement et devient fort et toujours facile. Plus de douleurs, urines limpides.

OBSERV. XLI (*stationnaire*). — L..., 66 ans, malade vigoureux ayant quelques phénomènes d'infection urinaire. Depuis plusieurs années il souffre d'accidents de prostatisme qui augmentent graduellement nous l'amenant avec une rétention complète; ce malade urine par regorgement. Sa vessie

est vidée prudemment en plusieurs fois; le traitement habituel par des lavages nitrates est institué et les sondages réguliers sont faits, plusieurs fois par jour.

Après plusieurs mois aucune amélioration ne s'est produite, aucune miction ne peut se faire naturellement et par moment le malade a même de l'incontinence. A ce moment le toucher rectal montre une prostate de moyen volume, dure et lisse. On se décide à pratiquer la résection : deux saillies vésicales nettement vues au cystoscope qui a montré en outre un muscle vésical très dissocié.

Taille hypogastrique le 20 avril 1895. Excision cunéiforme d'une hypertrophie en collier; très peu de sang; tubes de Guyon et sonde de Pezzer. Trois jours après le malade va bien.

Les tubes sont retirés au cours de la deuxième semaine; la cicatrisation de la plaie abdominale se fait lentement et le malade sort le 30 mai avec sa plaie fermée.

30 mai. — A ce moment, le malade ne peut rendre spontanément aucune goutte d'une urine qui est trouble. Les mictions sont encore fréquentes.

On institue des lavages au nitrate qui ont pour unique résultat de rendre les urines claires mais qui n'apportent aucune modification à la rétention toujours complète.

Actuellement, 2 ans après, le malade est dans le même état; les cathétérismes sont faciles et la santé générale excellente.

OBSERV. XLII (*Dégénérescence maligne*). — W..., 61 ans. Le malade, qui est tourmenté depuis longtemps de troubles de la miction et doit se sonder d'une façon régulière, vient consulter pour de la douleur, des hémorrhagies croissantes au cours du cathétérisme.

La sonde béquille bute toujours contre un obstacle prostatique, le mandrin est souvent nécessaire à son introduction. Toutes les fois il se produit une hémorrhagie sérieuse et le malade pousse des cris déchirants. Cystite accentuée, urine purulente et souvent sanglante à la fin de la miction.

L'opération est absolument nécessaire ne fut-ce que pour faciliter le cathétérisme.

Taille hypogastrique en novembre.

On se trouve en présence d'un lobe moyen et d'un lobe latéral volumineux. Excision en V de chacun de ces lobes. Saignement abondant. Tubes Guyon, sonde de Pezzer.

Comme on peut penser à une néoplasie en raison des hémorrhagies, l'examen histologique pratiqué montre du tissu glandulaire enserré par des travées fibro-myomateuses. En somme, tissu prostatique modifié mais non atteint de dégénérescence maligne d'aucune espèce.

L'urine reste sanguinolente pendant quatre ou cinq jours ; la plaie se cicatrise lentement.

Un mois et demi après, le malade se lève pour quitter la clinique, sa plaie s'étant fermée, mais voit sa vessie s'ouvrir subitement dans un effort de défécation. Il reprend le lit.

Quinze jours après, la plaie paraît fermée et le malade va sortir quand la plaie s'ouvre de nouveau sous l'effet d'un effort peu important.

On donne du chloroforme pour pouvoir aviver les tissus dans le but d'une cicatrisation meilleure ; à l'ouverture de la vessie on trouve le bas-fond occupé par une masse fongueuse que l'on extirpe à la curette et au bistouri. L'examen histologique montra que cette masse était composée de tissu prostatique infiltré d'une grande quantité de cellules embryonnaires,

aussi on se décida à ne pas laisser refermer la vessie une fois les tubes de drainage enlevés.

Le malade vécut ainsi avec sa cystostomie accidentelle pendant un an et demi.

Il mourut enlevé en quelques jours par une attaque d'urémie.

OBSERV. XLIII (*Dégénérescence maligne*). — M., 61 ans. Le malade se présente à la clinique avec du ténesme rectal, de l'incontinence vésicale, avec hématuries ; 20 mictions par jour, 10 par nuit.

Au toucher on constate une prostate hypertrophiée en masse et au cystoscope une barre prostatique très nette.

On institue des lavages de nitrate d'argent qui sont mal tolérés et qui amènent une recrudescence de douleurs.

Le 5 mars 1893. — On fait une taille périnéale, et par cette voie on fait une double incision de la barre. Pendant l'incision, M. le Dr Denos sent les fibres s'écarter au fur et à mesure que le bistouri pénètre dans la masse, de sorte que le doigt tout entier peut être à la fin placé dans la vallée creusée par la simple incision.

Suites simples.

Dix-huit jours après le malade sort avec ses tissus cicatrisés.

Les résultats immédiats sont excellents. Les incontinenes, les fréquences de miction, les hématuries ont cédé.

Le malade se sent très bien pendant 2 ans et demi, il vide sa vessie complètement.

À ce moment il ressent de nouvelles envies d'uriner, il revient, on le sonde, on ne trouve pas de rétention, mais la vessie se contracte brusquement sur la sonde.

On fait quelques lavages de nitrate qui sont suivies d'hématuries cystiques, avec ténésme vésical.

Le cystoscope montre que la barre n'a pas récidivé, mais que sur le tissu cicatriciel s'est ajoutée une petite masse de néoformations cause sans doute des douleurs vésicales, des hématuries et des incontinenances.

Comme il n'y a pas de rétention on laisse les sondages qui sont mal tolérés.

Les douleurs cessent en effet, mais les fréquences de mictions restent les mêmes. Pas d'hématuries.

Le 19 novembre 1896. — Le malade revient pour augmentation de ses symptômes. Dans la station assise le malade peut garder longtemps ses urines (plusieurs heures), mais dès qu'il se tient debout les mictions deviennent impérieuses, et se font sentir toutes les cinq minutes.

L'examen cystoscopique montre que tout le pourtour du col est envahi par la formation nouvelle.

A l'heure actuelle, vie très misérable, urine tous les quarts d'heure, saigne au sondage, urines infectées. Il est traité au bleu de méthylène dont l'effet ne peut pas être encore précisé.

OBSERV. XLIV (*Amélioration*). — F..., 66 ans. Blennorrhagies multiples et mal soignées, rétrécissements dilatés en 1871.

Urine mal depuis trois ans, ne s'est jamais sondé. A eu des accès de rétention qui ont cédé spontanément. Bains, cataplasmes, etc.

Le 26 mai. — Après dîner copieux rétention, bains et cataplasmes impuissants. Médecin appelé, cathétérisme sonde d'argent, fausse route.

Amené le lendemain 29 à la clinique.

Quelques gouttes par regorgement. Vessie à l'ombilic.

Exploration uréthrale ramène hémorrhagie. Ponction hypogastrique.

28 mai. — Sonde à demeure.

Un peu de douleur prévésicale. Prostate grosse égale, douloureuse.

2 juin. — Sonde à demeure retirée, impossibilité de miction spontanée, très grandes difficultés de cathétérisme (manœuvre sonde bicoudée sur mandrin).

4 juin 1892. — *Taille hypogastrique*. Vessie mince muqueuse congestionnée.

Deux gros lobes réunis sur la ligne médiane. Excision de la partie médiane sans toucher aux lobes latéraux. Saignement assez abondant tamponnement iodoformé. Tube Guyon.

5 juin. — Tamponnement retiré.

10 juin. — Tubes fonctionnent mal, pansement mouillé, ils sont retirés.

15 juin. — Sonde béquille fonctionne mal, retirée et remplacée.

23 juin. — Sonde fonctionne bien, plaie hypogastrique lente à se fermer.

12 juillet. — Cicatrisation.

18 juillet. — Contractilité très peu considérable, urine rare, sonde facilement ; rétention après miction, 30 grammes.

25 juillet. — Urine bien plus facilement qu'avant l'opération. Refuse de se sonder régulièrement.

OBSERV. XLV (*mort*), — C..., 59 ans. Lithotritie à la clinique il y a 18 mois.

Symptômes de récédive depuis 3 mois. Calcul assez considérable (3 centimètres) urique. Cathétérisme difficile. Rétention 80 grammes. Jet assez puissant par la sonde. Prostate rectale grosse, régulière.

18 mars 1892. — *Taille hypogastrique*. Ballon rectal. Paroi vésicale un peu épaisse. Muqueuse rouge vasculaire.

Calcul gros comme une noix, régulier.

Prostate : saillie médiane un peu étalée, presque pédiculée. Excision très faible. Suture catgut. Tube Guyon.

20 juin. — Etat excellent. O. 35, 3. Tubes fonctionnant parfaitement.

25 juin. Pansement renouvelé. Deux points de suture cutanée enlevé.

26 — 8 heures soir. — Pendant que l'infirmière l'aidait à se soulever pour boire, il accuse une sensation d'étouffement subit, se lève brusquement et retombe mort.

Pas d'autopsie.

OBSERV. XLVI (*grande amélioration*). — B..., 59 ans, comptable. Vu il y a 3 ans. Difficultés d'uriner intermittentes consistant en retard du départ du jet.

A ce moment léger rétrécissement, n° 21, pénien, facilement dilaté, obstacle prostatique.

Il y a un an revient ; mêmes symptômes, plus marqués. Urines troubles et mictions fréquentes. Instillations argentiques. amélioration.

Il y a 6 mois difficultés croissantes de miction et très grandes difficultés pour pénétrer de la vessie impossible avec instrument droit ; mandrin et toucher rectal nécessaires.

17 juin. — La lenteur du départ du jet exige des efforts

considérables. Impossibilité presque absolue de pénétrer dans la vessie.

6 mai 1895 1895. — *Taille hypogastrique.* Position renversée. Désinsertion des droits.

Vessie assez épaisse. Muqueuse saine à la partie inférieure du col, rigide, tendue. Pas de lobes latéraux.

Excision cunéiforme prolongée aussi loin que possible dans tissu prostatique.

Immédiatement après bougie droite passa facilement.

Sonde Pezzer. Tubes. Guyon.

7 mai. — Bon état.

11 mai. — L'état a été bien jusqu'à présent 0. 38.9. Douleurs testiculaires, orchite.

15 — L'épydidimite a diminué. 0. 37.8.

21 — Les tubes sont retirés. La sonde Pezzer est remplacée par une béquille.

9 juin. — Cicatrisation complète. Le cathétérisme est facile ; néanmoins la bougie à boule rencontre encore obstacle léger au col mais pénètre.

28 juin. — Douleurs mictionnelles presque nulles, mictions faciles. Urines un peu troubles.

12 juillet. — Urines troubles et mictions plus fréquentes.

6 septembre. — Cystite a augmenté peu à peu mictions très fréquentes.

27 septembre. — Six instillations à 5 centigrammes ont été faites ; grande amélioration.

Mictions faciles ; sonde droite passe facilement.

OBSERV. XLVII (*Amélior.*). — S..., 65 ans. Blennorrhagie à 20 ans. Urine mal depuis 3 ans.

Douleurs augmentent de plus en plus.

Difficulté constante de miction. Lenteur et parfois impossibilité du départ du jet.

Se sonde depuis 1 an; n'en éprouve aucun soulagement.

Prostate moyennement développée.

Traversée irrégulière; sonde droite lente à entrer dans la vessie. Sonde béquille passe.

Rétention 70 grammes, urine claire.

1^{er} mars 1893. — *Taille hypogastrique.*

Lobe médian presque uniquement hypertrophié. Excision, pas de suture.

28 mars. — Excellent état.

Avril. — Rétention après miction, 10 grammes. Mictions faciles.

Janvier 1895. — Etat très satisfaisant. Rétention 20 grammes à peine, presque plus de difficultés.

OBSERV. XLVIII (*stationnaire*). — C..., cultivateur, 68 ans. Aucune maladie antérieure. Pas de blennorrhagie. Travaux très rudes et grande dépense musculaire.

Il y a 15 ans a commencé à uriner un peu plus souvent au froid.

Il y a 5 ans difficultés assez grandes et plus considérables depuis 2 ans: efforts; lenteur du jet, cuisson constante pendant la miction.

Cathétérisme le soulage d'abord, mais douleurs reparais-sent.

Depuis trois mois trois sondages par jour, soulagement pendant 2 heures puis envies fréquentes et surtout grande difficulté d'émission.

Prostate grosse inégale ; traversée assez longue, irrégulière. Cystite. Force d'expulsion presque nulle. Rétention 80 grammes.

Examen cystoscopique : Colonnes vésicales petites mais extrêmement nombreuses, véritable réseau (aspect de morille). Saillie latérale de la prostate facilement visible.

9 mai 1892. — *Taille hypogastrique*. Vessie épaisse.

Saillies prostatiques : excision de la gauche seule, très saillante, puis suture. Tubes et sonde Pezzer.

12 mai. — Les tubes fonctionnent bien, mais la sonde pas.

15 mars. — Renouvellement du pansement et enlèvement du tube. Sutures cutanées.

18. — La sonde fonctionne mal, pansement mouillé.

19. — Sonde béquille. Fonctionnement à peu près bon.

19 juin. — La sonde n'a fonctionné que très imparfaitement d'où lenteur de la cicatrisation qui n'est complète que d'aujourd'hui.

20 juin. — Mictions faciles, lenteur du départ du jet, mais presque plus de douleurs. Rétention 20 grammes.

1^{er} juillet. — Même état. Mictions plus faciles.

Décembre 1892. — Rétention a un peu augmenté, 30 à 35 grammes. Hésitation du départ du jet mais plus de douleur. Projection en jet assez fort.

Janvier 1893. — Même état assez satisfaisant.

OBSERV. XLIX (*Grande amélioration*).—C. 56 ans, notaire. Rhumatismes. Depuis 45 ans fréquents accès de coliques néphrétiques, expulsions de petits calculs mais rétention de la plupart des autres dans la vessie ce qui a nécessité trois lithotrities successives dont deux en 1886 et une en 1889.

En février 1890, il revient avec de nouveaux calculs, chaque colique n'est jamais suivie d'expulsion.

Prostate augmentée de volume par le rectum, saillie et obstacle au sondage ; calculs retenus derrière l'hypertrophie prostatique.

18 février 1890.— *Taille hypogastrique*. Ballon rectal. Vessie distendue ; quatre calculs de la grosseur d'une noisette. Résection d'une saillie du lobe moyen qui siège entre deux lobes latéraux assez développés.

Prolongation de l'excision jusque dans l'urèthre prostatique, aucune suture. Une sonde droite passe facilement. Tubes de Guyon.

10 février. — Bon état ; tubes fonctionnent, pansement peu mouillé.

22. — Urine limpide.

25. — Tubes enlevés et béquille à demeure.

1^{er} mars. — Plaie cicatrisée ; sonde fonctionne bien.

4. — Sonde enlevée et quelques jours après le malade s'en va guéri.

8 mai. — Coliques néphrétiques. Le malade envoie un calcul gros comme un petit pois expulsé spontanément. Depuis nombreux accès et chaque fois expulsion de calculs de un à six jours après. *Mort cinq ans après* d'une affection thoracique aiguë.

OBSERV. I. (*Amélioration, dégénérescence, maligne*). — F..., 58 ans, Blenn. multiples ; dernière à 30 ans n'a jamais bien guéri. Difficulté d'émission de l'urine depuis 10 ans, augmentant graduellement avec quelques rémissions ; il passait d'une rétention presque complète à un état presque nor-

mal. Canal libre. On fait une série d'instillations. Depuis 4 ans environ, rétention complète, il se sonde régulièrement avec toutes sortes de précautions antiseptiques, la sonde pénètre assez facilement.

Depuis un an les envies d'urines sont devenues plus fréquentes et impérieuses si les mictions n'ont pas lieu de suite avec la sonde.

Les urines se troublent chaque jour davantage.

Examen cystoscopique en janvier 1895, difficile à cause du trouble de l'urine ; en entrevit une muqueuse desquamée, vascularisée, rougeâtre, avec de longs filaments blanchâtres flottants. En ramenant l'instrument vers le col on constata nettement une hypertrophie médiane.

13 août 1893. — *Taille hypogastrique*, position renversée, désinsertion des muscles droits, vessie très épaisse et très vasculaire, quelques ligatures nécessaires. Lésions de cystite. Au devant du col existe une saillie de tout point semblable à une luette mobile et flasque. Excision et suture de la plaie vésicale au catgut. Sonde de Pezzer et suture complète de la vessie.

La sonde fonctionne pendant un quart d'heure puis s'arrête deux heures après ; douleurs violentes ; 6 heures après nouvelle anesthésie nécessaire, ouverture de la vessie qui est pleine de caillots.

Tamponnement à la gaze iodoformée.

12 août. — Pas de frisson ; pansement très mouillé.

13. — Enlèvement du tamponnement ; sonde de Pezzer fonctionne.

18. — Douleur persistante, besoins d'uriner permanents, malade très indocile.

25. — *Plaie semble fermée.*

8 septembre. — Mictions normales, mais rétention de 40 grammes. Urine encore trouble avec légère cystite.

12 janvier 1894. — Cystite améliorée à la suite de lavages. Mictions normales.

14 mars 1895. — Expulsion au cours d'un sondage d'une petite masse de tissu examiné au microscope ; elle est composée de tissu prostatique envahi par épithélioma à type tubulé.

Malade mort 1 an 1/2 après dans un accès d'urémie.

OBSERV. LI (*Amélior.*). — P..., 68 ans. Agent-voyer. Aucune maladie antérieure. Homme robuste, excès alcooliques anciens. Sobre depuis 10 ans. Deux blennorrhagies sans complication.

Troubles de la miction depuis six ans plus marqués lors du début. Douleurs depuis trois ans, seulement, retard considérable du jet qui va jusqu'à l'impossibilité d'émission par moments.

Sa sonde depuis deux ans sur le conseil de son médecin ; amélioration au début puis sondages irréguliers et sales (sonde dans son chapeau). Urines purulentes. Légère amélioration par sondages et lavages nitrates.

Il y a quatre mois accès de rétention complète ; il se blesse l'urèthre, le médecin appelé fait des manœuvres qui amènent une abondante hémorrhagie. A dater de cette époque le malade ne peut plus se sonder ou n'y arrive que par hasard.

Douleurs incessantes avec paroxysmes aux mictions, prolapsus rectal à la suite d'efforts ; urines glaireuses, ammoniacales.

Prostate. — Grosse, inégale ; lobe gauche prédominant et dur et a des battements.

Urèthre antérieur libre, l'explorateur butte dans la portion prostatique et ne pénètre pas dans la vessie. Sonde béquille avec mandrin pénètre seule. Rétention incomplète de 300 grammes d'urines infectées.

Sonde à demeure, amélioration après quatre jours de lavages boriqués et nitratés. L'enlèvement de la sonde ramenant les accidents anciens ou en arrive à une action plus radicale.

28 avril 1894. — *Taille hypogastrique*. Incision vésicale. Gros lobe moyen. *Cystostomie* sans toucher à l'hypertrophie.

2 mai. — Grande amélioration, presque plus de douleurs, urines propres.

13 mai. — Bon fonctionnement, urines presque claires.

8 juin. — Bon état local et général; le malade exaspéré par sa fistule hypogastrique en demande l'occlusion. On essaye le cathétérisme qui est resté très difficile.

15 juillet. — *On propose la résection de l'obstacle*. Incision au-dessus et au-dessous de la fistule. Le péritoine n'est pas rencontré. Incision légère de la vessie. Résection du gros lobe moyen saisi avec pince de Museux; enlèvement d'un gros coin de substance qui laisse une dépression médiane. Pas de suture, saignement peu abondant. Le cathétérisme immédiatement essayé est très facile. Tubes Guyon, sonde Pezzer.

21 juillet. — Tubes fonctionnent régulièrement ainsi que sonde.

25 juillet. — Retrait des tubes.

28 juillet. — Sonde retirée.

Août. — Il reste une petite fistule hypogastrique. On met une sonde de Nélaton à demeure.

18 septembre. — Fistule obturée.

22 octobre. — 80 grammes de rétention mais pas de douleur.
Un sondage par jour.

6 janvier 1895. — Même état; le malade se sonde sans
aucuns soins antiseptiques.

2 février. — La fistule s'est rouverte. Suppuration du trajet.
Sonde à demeure.

20 février. — Fermeture de la fistule.

Juin. — Etat satisfaisant.

13 juillet. — Après refroidissement frissons et néphrite
aiguë.

16 juillet. — Mort.

OBSERV. LII (*Grande amélioration persistante*). — R...,
60 ans, comptable. Aucun antécédent héréditaire.

Rhumatisant. Plusieurs blennorrhagies. Aurait eu un rétré-
cissement dilaté (?).

Urine mal depuis quatre ans environ; miction un peu plus
fréquente la nuit que le jour, se sonde sur le conseil d'un ami,
sans aucune précaution. Aucun autre symptôme jusqu'en 1887.
L'année dernière se blesse en se sondant: saignement urétral
assez prolongé et accès de fièvre répétés. Etat grave pendant
quelques jours.

Depuis lors, miction douloureuse et urines troubles.

4 septembre 1887. — Urines troubles, mictions toutes les
heures, souvent davantage. Efforts violents amenant déféca-
tion involontaire.

Toucher rectal. Prostate grosse inégale, lobe gauche plus
saillant, bords faciles à délimiter.

Cathétérisme assez difficile; traversée prostatique longue,

la boule éprouve plusieurs ressauts. Le cathétérisme, après miction évacuée près de 250 grammes d'urine trouble.

18 septembre. — Lavages nitrates, amenant certaine amélioration.

18 novembre. — L'amélioration n'a pas continué. Douleur vive et fréquente.

8 février 1888. — La douleur à la miction est toujours grande. Des lavages au sublimé à 1/2000 amènent certaine rémission.

6 mars. — L'état est redevenu très pénible; mictions très fréquentes, très douloureuses; la vessie ne se vide pas et retient de 2 à 300 grammes d'urine. Après un cathétérisme, la fréquence est un peu moindre, mais le calme ne dure pas plus d'une heure.

La résection prostatique est proposée au malade.

10 mars. *Opération.* — *Taille hypogastrique*, ballon rectal, Incision médiane empiétant sur la symphyse; 12 centimètres.

Vessie largement incisée, écarteurs et fils suspenseurs, muqueuse congestionnée, parois vésicales épaisses; lobe moyen. grosse saillie presque pédiculée.

Excision très facile avec ciseaux courbes; pas de suture. Tube de Guyon.

Suture vésicale, suture cutanée et musculaire, (crins de Hayem).

11 mars. — Le matin élévation T. (38°,4) le soir, baisse à 37°,3 le lendemain matin. Urines sanglantes.

13 mars. — Le pansement a été mouillé et est changé, plaie belle. T. 37°,3. Aucune douleur.

16 mars. — Les tubes sont retirés, et sonde béquille à demeure. Urine claire.

21 mars. — Les fils sont retirés, la plaie hypogastrique est cicatrisée.

28. — Dernier pansement. Un seul point encore cruenté

2 avril. — Rétrait de la sonde à demeure. Urines claires.

5 avril. — Le malade urine assez facilement, les premières mictions ont été douloureuses, puis de moins en moins. Rétention après miction, 70 grammes. Lavage nitraté.

8 avril. — Miction beaucoup moins douloureuse, rétention, 50 grammes. Thérébentine, plus de lavages.

11 avril. — Grande amélioration. Miction peu douloureuse et peu fréquente (2 heures). Urines presque limpides.

15 avril. — Rétention 20 grammes, a pu retenir son urine 3 heures 1/2.

20 mai. — Amélioration persiste. Miction facile, plus de douleur.

10 octobre. — Les urines sont redevenues un peu troubles. Lavages nitrates.

15 octobre. — La limpidité a reparu. Rétention après miction 25 grammes.

14 janvier 1889. — Même état. Le malade ne se lève que deux fois par nuit, le jour reste 4 heures sans uriner.

18 février 1892. — *Le malade s'est bien porté depuis trois ans* ; les mictions ont été presque toujours peu fréquentes et toujours sans douleurs. Récemment après un excès de table il a éprouvé de très grandes difficultés à la suite desquelles il a été sondé une seule fois. Depuis ce moment, urine trouble.

19, 25 février. — Trois lavages nitrates, urines deviennent claires.

Le toucher rectal montre une augmentation très manifeste du volume de la prostate.

21 décembre 1894. — Le malade continue à bien uriner ; seulement les urines sont devenues troubles depuis quelque temps ; le médecin lui a fait des lavages nitrates qui n'ont pas donné de très bons résultats : l'appétit commence à diminuer et les forces baissent.

Table.

I. — Avant-Propos	7
II. — Introduction.	11
III. — Des avantages de la prostatectomie en général . .	15
IV. — Des causes de la rétention chez les prostatiques. Indication qu'elles commandent. Limitation du domaine de la prostatectomie.	22
V. — Procédés opératoires. Avantages et inconvénients. .	42
<i>a.</i> — Prostatectomie urétrale.	42
<i>b.</i> — — — — — périnéale.	43
<i>c.</i> — — — — — abdominale.	47
<i>c.</i> — — — — — uréthro-abdominale	54
<i>f.</i> — — — — — périnéo-abdominale	57
VI. — Supériorité de la voie sus-pubienne. Technique opératoire préconisée. Doit-on suturer la vessie? Soins consécutifs à l'opération. Soins à distance, hygiène des opérés. .	59
VII. — Complications immédiates et éloignées. Quatre cas de dégénérescence maligne à la suite d'interventions sur la prostate.	74
VIII. — Résultats thérapeutiques. Valeur de l'opération. . .	82
IX. — Sonde à demeure, cystostomie, castration, ligature et résection des canaux déférents, prostatotomie, et prostatectomie; comparaisons sommaires	87
X. — <i>In extenso</i> des observations.	100
XI. — Conclusions	154

